

Juillet 1882.

## LARYNGITE ET BRONCHITE TERTIAIRES. — MANIFESTATIONS SYPHILITQUES VISCÉRALES MULTIPLES.

Observation recueillie à l'hôpital de la Pitié dans le service du  
Dr **Lancereaux**, membre de l'Académie de médecine.

G..., âgé de 41 ans, déménageur, entre à l'hôpital de la Pitié le 20 juillet 1881. Son père est mort à 80 ans, sa mère à 58 ans. Une sœur est morte de maladie de cœur.

Le malade a presque toujours habité Paris, y étant venu à l'âge de 6 ans. A 20 ans, il commença par être zingueur et n'eut jamais de coliques saturnines. Plus tard, il fut cocher de fiacre et but beaucoup.

Au bout d'un an, il quitta le métier et fut alors soldat pendant 3 ans, sans éprouver aucune maladie. C'était en 1870. Depuis la guerre, il travaille aux déménagements et continue à boire, surtout du vin (4 litres par jour) et du rhum le matin à jeun. Pas de rêves. Pas de crampes. Pas de diarrhée.

Il y a 4 mois environ qu'il tousse un peu, sans quintes; mais, depuis 3 semaines, il a de l'aphonie et crache beaucoup. Les crachats sont teintés de sang, et, depuis quelque temps, le malade a énormément maigri. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est faible, étouffé par le bruit laryngé. Badigeonnage à la teinture d'iode.

2 août. Depuis une quinzaine de jours, le ventre augmente peu à peu. Aujourd'hui il est volumineux, un peu large. A la percussion, matité dans les flancs. A la partie supérieure de l'abdomen, au-dessus de l'ombilic et du côté du foie, réseau veineux appréciable.

Le foie est douloureux à la percussion, et déborde quelque peu les côtes.

4 août. Une épistaxis légère.

9 août. Deux épistaxis.

13 août. Iodure de potassium 1<sup>gr</sup>,50.

15 août. Au-dessus de l'arcade sourcilière droite, tuméfaction de la grosseur d'une noix, fluctuante au centre, bor-

dée à sa périphérie par un rebord dur. Cette tuméfaction aurait débuté, il y a 2 ans, d'après le malade, mais elle s'est accrue rapidement il y a quelques jours. Depuis hier, œdème des paupières du même côté.

14 septembre. Œdème étendu des bourses et de la verge. L'abdomen est augmenté de volume. Léger œdème de la face dorsale des pieds. Le malade n'a pas perdu l'appétit, il digère bien. Expectoration peu abondante; signes physiques obscurs, quelques râles disséminés à l'exploration antérieure du thorax.

L'exostose frontale, qui était volumineuse et molle au toucher, est devenue plus petite et plus dure.

27 septembre. Le malade a eu une nouvelle épistaxis.

L'exostose frontale est entièrement résorbée. Le malade n'a rien aux testicules; mais il accuse deux orchites blennorragiques antérieures.

Il y a une quinzaine d'années, il a eu une éruption, qui fut soignée au Midi, on lui administra des pilules; c'était en 1866.

L'enflure des jambes et des bourses a disparu.

À la percussion, la matité du foie commence à deux travers de doigt au-dessous du mamelon et se termine à 2 ou 3 travers de doigt au-dessous du bord costal.

Les anses intestinales se dessinent quelque peu à la surface de l'abdomen.

Dilatation des veines de la région sus-ombilicale.

La rate est manifestement augmentée de volume, sans douleur à la percussion.

Sous la clavicule des deux côtés, la sonorité est peu différente, mais l'élasticité est diminuée à droite.

À l'auscultation, le murmure vésiculaire est normal à gauche et en avant dans toute l'étendue, il est affaibli à droite.

Sonorité normale à la percussion, en arrière, sans diminution d'élasticité.

La dose d'iodure, jusqu'ici de 1<sup>gr</sup>,50, est portée à 3<sup>gr</sup>,50.

La langue n'a rien.

Petite exostose à la partie supérieure et à droite du pharynx.

30 septembre. On porte la dose d'iodure à 5 grammes.

On a pesé le malade : 130 livres.

Le ventre diminue par suite de la résorption du liquide ascitique, les veines du bas-ventre sont encore dilatées.

12 octobre. Épistaxis ce matin, peu abondante.

20 octobre. Mieux. Le ventre n'est presque plus volumineux.

*Frictions mercurielles* matin et soir avec 2 grammes d'onguent napolitain.

*Testicules*: sont normaux. L'iodure de potassium est administré à la dose de 4 grammes dans les 24 heures.

24 octobre. Poids : 130 livres.

L'ascite a totalement disparu.

La voix est presque normale, le malade ne tousse plus, mais crache beaucoup.

Depuis 3 jours, crachats, nummulaires rouillés, assez semblables à des crachats d'apoplexie pulmonaire, mais venant sûrement d'une excavation qui s'est vidée ou d'une dilatation bronchique.

Expiration prolongée et rude.

A la percussion, en arrière, la sonorité est égale des deux côtés.

26 octobre. Hier, après le dîner (5 minutes), le malade a eu une hémoptysie assez abondante (2 crachoirs). Sang rutilant rouge vermeil, spumeux, au milieu duquel nagent des crachats rosés, nummulaires, ressemblant à ceux de l'apoplexie pulmonaire.

6 novembre. Délire la nuit, le malade se lève et se promène dans la salle.

7 novembre. L'abdomen qui, au début, était tuméfié, distendu par les gaz et du liquide, a repris son volume normal.

Les veines sus-abdominales ne sont plus dilatées.

Le foie ne dépasse pas le niveau des fausses côtes, mais il déborde à l'épigastre.

Le malade n'est plus enroué; mais sa voix est encore couverte.

A la percussion, sous la clavicule droite, l'élasticité paraît diminuée et la tonalité plus élevée au même endroit.

*Auscultation.* Diminution dans l'expansion vésiculaire et dans la fosse sus-épineuse droite.

9 novembre. Évacuations alvines involontaires. Délire la nuit. Pas de douleurs de tête. Pupilles contractées, mais égales.

11 novembre. Le malade a du délire depuis trois jours. il se lève la nuit, va se chauffer au poêle, fait ses besoins dans la salle.

Yeux hagards. Pouls ralenti, 52 pulsations.

12 novembre. Le malade a déliré dans la nuit. Ce matin il est abattu, il a l'air de sommeiller et répond mal aux questions.

13 novembre. Pas de délire dans la nuit, mais absences, incohérences dans les réponses, puis céphalée à partir de 8 heures du soir. Le malade dit que c'est cette douleur qui le fait sortir de son lit.

On supprime l'iodure de potassium, et on le remplace par 0<sup>gr</sup>,20 de calomel en 10 doses, prises à une heure d'intervalle.

Le malade a bon appétit, mais il n'a pas l'intelligence de manger, il faut qu'on lui mette la nourriture dans les mains, il mange alors automatiquement.

14 novembre, soir. Il se plaint d'une douleur de tête fronto-occipitale à gauche. Il est couché sur le ventre, la face sur le marbre de sa table de nuit, c'est la seconde fois qu'il tombe ainsi du côté droit.

17 novembre. Le malade est calme, ne se lève plus, mais oublierait de manger si on ne lui mettait pas l'aliment dans la main.

21 novembre. Il est très faible, ne peut rester debout, ne mange pas ; puis il tombe dans un état légèrement comateux, et répond difficilement aux questions.

22 novembre. On supprime le calomel, quoiqu'il existe toujours un peu de délire.

23 novembre. Le malade laisse aller les matières solides et liquides sous lui. Diarrhée abondante. Eschare sur la partie saillante du sacrum à droite. Elle est allongée et parallèle à la ligne médiane. A gauche, il existe une simple éro-

sion cutanée. Il y a de petites érosions au niveau du trochanter.

Le décubitus est dorsal, la bouche fermée, les yeux entr'ouverts sont sans mouvement.

Le malade répond difficilement aux questions qu'on lui fait ; il a les allures d'un imbécile, est abruti, et si faible qu'il lui serait impossible de rester debout sans s'affaisser sur lui-même.

Œdème sous la clavicule droite et au niveau des bras. Absence de contracture et de paralysie. Langue humide, absence de vomissements. Diarrhée depuis plusieurs jours.

24 novembre. Même état. On sonde le malade qui est dans le coma. Urine très colorée. D 1,030. Réaction acide, ni albumine ni sucre.

25 novembre. L'état comateux continue. Le malade semble dormir sans cesse. Il ne répond pas aux questions qu'on lui pose. Évacuations alvines involontaires.

27 novembre. Mort à 5 heures du matin.

Foie. Poids : 1<sup>kg</sup>,950. Il adhère au diaphragme par des adhérences fibreuses anciennes parfaitement organisées, multiples. C'est avec difficulté qu'on le détache.

Le volume de l'organe est légèrement augmenté. Le bord est irrégulier. Dans le 1/3 droit du lobe droit, on trouve une languette qui déborde de 2 centimètres (par rapport aux 2/3 gauches).

Le lobe gauche n'est pas diminué proportionnellement au lobe droit.

Le foie est lobulé, il présente des îlots assez volumineux qui rappellent l'aspect du rein des enfants ! Indépendamment de ces îlots, il existe des dépressions en plusieurs points.

Une section de cet organe laisse voir des bandes fibreuses et de petits nodules jaunâtres (traces de gomme) en partie résorbés. Il existe, en outre, des cicatrices étoilées. Le parenchyme est dur, ferme, résistant comme dans les cirrhoses.

Cœur. Volume normal, un peu de graisse à la base. Pas d'altération de la paroi. Valvules intactes. Il y a quelques taches graisseuses au niveau de la mitrale et quelques végé-

tations villoses des valvules aortiques et de la mitrale (face auriculaire). Les cavités du cœur renferment un sang noir coagulé.

*Aorte normale.*

*Rate* volumineuse, du poids de 580 grammes; tissu ferme, crépitant.

La capsule est légèrement épaissie, la surface très régulière; longueur 2 décimètres.

*Reins.* Volume normal, substance corticale non altérée, la capsule se détache difficilement.

Sur un de ces organes on trouve plusieurs kystes renfermant une substance gélatineuse demi-transparente. L'autre rein ne présente aucune anomalie appréciable.

*Testicules* de faible volume. *A gauche*, adhérences fibreuses entre les deux feuillets de la tunique vaginale. A la coupe, coloration rosée, avec des tractus fibreux perpendiculaires à l'axe du testicule et abondants surtout à la partie antérieure de l'organe.

*A droite*, le testicule a sa coloration normale.

Pas de vaginalite de ce côté.

*Prostate, vessie, vésicules séminales* saines.

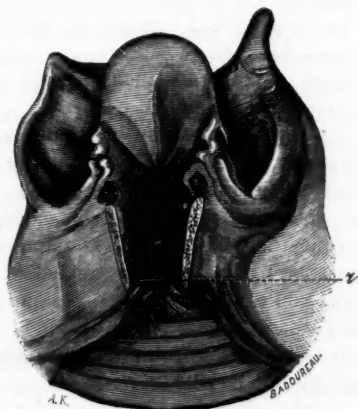
*Estomac* plissé, sans altérations appréciables, injecté par places. Saillie des glandules.

Les ganglions inguinaux sont volumineux, indurés des deux côtés. Les ganglions iliaques sont peu modifiée, mais on trouve la chaîne des ganglions lombaires tuméfiés. Les ganglions situés entre les côtes, des deux côtés du sternum, sont volumineux et tuméfiés.

*Tibias.* *A droite*, le périoste est plus épais que du côté gauche.

Le *pharynx* n'est le siège d'aucune lésion; le *larynx*, vu d'en haut, est parfaitement sain, mais après avoir pratiqué une incision de cet organe en arrière, suivant sa longueur, on constate que la portion sous-glottique est divisée en deux parties par un diaphragme qui diminue de près de moitié son diamètre. Ce diaphragme est constitué par un tissu fibreux, dur, résistant qui a amené le rapprochement des parois, malgré la présence des pièces cartilagineuses à son

niveau. Ce rétrécissement est l'effet de l'élimination d'une gomme sous-muqueuse, et, comme témoin de ce processus, il reste immédiatement sous la bride un orifice ou mieux une dépression non cicatrisée, profonde et circulaire (Voir fig. 1 r).



Rétrécissement syphilitique du larynx.

*Poumons.* Pas de tubercules. Les ganglions bronchiques sont volumineux, indurés. A l'incision, ils présentent une teinte vineuse, ils sont fermes, non ramollis, et ont la consistance des lymphômes. Au sommet du poumon droit, existe une sclérose du tissu pulmonaire au milieu de laquelle les bronches apparaissent dilatées et obstruées par un mucus sanguinolent. Cette sclérose occupe une étendue de plusieurs centimètres. La trachée est à sa terminaison le siège d'un retrait produit par des cicatrices de la membrane muqueuse; les grosses bronches sont aussi rétractées sur un point; quant aux autres bronches, elles se font remarquer par de la rougeur, des inégalités nombreuses et une dilatation presque générale.

*Encéphale.* Symphise de la dure-mère avec dépôt gommeux au niveau des cornes antérieures. Ramollissement de la par-

tie interne des deux lobes correspondants. Ce ramollissement, qui a été la cause de la mort, est l'effet d'une oblitération (artérite syphilitique) des deux artères cérébrales antérieures réunies en un tronc commun au delà de leur anastomose normale. Dans la fosse de Sylvius, les méninges sont épaissies sur un point.

Le crâne est épaissi aux dépens de la table interne, comme il arrive parfois dans les accidents tertiaires..

Un jeune homme contracte la syphilis en 1866; il est soigné à l'hôpital du Midi pour une éruption secondaire. A partir de ce moment il se porte bien jusqu'en 1881, époque où il commence à souffrir d'une céphalée consécutive à une exostose du frontal. Bientôt après, il perd la voix, se met à tousser, expectore des crachats sanguinolents, est atteint d'ascite, de météorisme, en même temps qu'il présente une dilatation des veines abdominales qui conduisent à diagnostiquer une cirrhose hépatique. Ces accidents s'améliorent rapidement sous l'influence d'un traitement spécifique et le malade semblait toucher à une guérison définitive, lorsqu'il perdit la mémoire, devint imbecile, et finit par mourir dans le coma. Indépendamment d'une artérite des cérébrales antérieures, qui fut la cause de la mort, on rencontra à l'autopsie une cirrhose syphilitique, des altérations de la rate et des ganglions lymphatiques, puis enfin, une bride cicatricielle formant diaphragme dans la portion sous-glottique du larynx, un rétrécissement de la trachée, une dilatation de la plupart des bronches et une sclérose de la partie antérieure et supérieure du poumon droit. L'altération du larynx, malgré une altération peu prononcée de la voix, était remarquable par sa disposition en forme de diaphragme, par la trace indiscutable d'une gomme ancienne; la trachée et les grosses bronches étaient d'ailleurs le siège de lésions semblables sinon identiques.

La nature syphilitique de ces lésions ne peut être mise en doute pas plus que l'altération du foie, des méninges et même celle des ganglions lymphatiques. Arrivée à cette phase de son évolution la laryngite syphilitique peut être encore modifiée par un traitement spécifique, et la preuve

c'est que sous l'influence de ce traitement, la voix se rétablit chez notre malade. Cependant il vient un moment où le traitement ioduré et mercuriel n'est plus d'aucune utilité, et alors il ne reste d'autre ressource à l'homme de l'art, en cas de rétrécissement considérable du larynx, que celle d'une intervention chirurgicale.

---

DU GOITRE ÉPIDÉMIQUE.

Revue générale,

Par le D<sup>r</sup> M. Krishaber.

La dénomination de goitre épidémique a été employée pour désigner des engorgements thyroïdiens à marche rapide qui atteignent simultanément un grand nombre d'individus vivant de la même vie; de là sa fréquence dans les casernes, les pensions et les prisons. Son apparition presque exclusive dans les pays où le goitre est endémique, ou dans des localités très voisines des régions goitrigènes, a fait penser depuis longtemps que le goitre épidémique n'était qu'une variété du goitre endémique et ne devait pas en être séparé (Colin (1), Rozan, Gérard, Halbron (2). C'est également à cette opinion que s'est rangé M. Baillarger (3) dans son enquête sur le goitre et le crétinisme. Toutes les autres causes que nous étudierons plus loin ne jouent que le rôle de causes adjuvantes, et c'est à tort, croyons-nous, que certains auteurs ont voulu leur faire jouer un rôle capital dans la production de cette affection (4).

Lorsqu'on parcourt le tableau des trente-quatre principales épidémies qui ont sévi en France depuis 1780 jusqu'en 1873 (5), on est frappé de voir que les noms des mêmes

(1) COLIN. *Maladies épidémiques*. Paris, 1879, p. 879.

(2) ROZAN, GÉRARD, HALBRON. *Recueil des mém. de méd. et de chir. milit.*, t. X, 3<sup>e</sup> série; t. XIII, 2<sup>e</sup> série; t. XIII, 3<sup>e</sup> série.

(3) BAILLAGER. *Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène de France*, t. II, 1873.

(4) NIVET. *Etudes sur le goitre épidémique*, 1873, et *Traité du goitre*

(5) LAVERAN. *Epidémies des armées*. Paris, 1875, p. 597.

localités reviennent sans cesse : ainsi Briançon, Clermont-Ferrand, Colmar, Riom, Embrun, Neuf-Brisach, Saint-Étienne, Mont-Dauphin, Besançon et Annecy sont les villes qui ont été le plus souvent atteintes; on y constate, en outre, que certaines villes sont plus fréquemment que les autres visitées par ces épidémies; Briançon l'a été douze fois et Clermont-Ferrand huit fois.

A l'étranger, cette affection est moins connue; cependant Hancke (1) rapporte que sur trois cent quatre-vingt soldats bavares en garnison au fort Silberberg, cent y furent frappés de goitre aigu après un mois de séjour; et ce qui démontre bien que toutes les races peuvent être atteintes, c'est le fait des prisonniers anglais internés à Briançon en 1812 et qui au bout de quelques mois présentaient presque tous des goitres aigus (2).

Les individus sur lesquels la maladie a le plus de prise sont, parmi les adultes, les sujets jeunes et bien constitués (Nivet, *loc. cit.*, Laveran (3); aussi le plus grand tribut est-il payé par les soldats de 22 à 25 ans; parmi les enfants, la maladie sévit sur les élèves de 10 à 18 ans (Nivet (4), tandis que les enfants au-dessous de 10 ans restent le plus souvent indemnes. Les professeurs dans les collèges visités par l'épidémie sont, en général, épargnés.

Le plus souvent les individus atteints n'habitent la localité goitrigène que depuis peu de temps, et c'est dans les premiers mois qui suivent leur arrivée dans la contrée, que le goitre se déclare; les choses se passent là comme pour la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, la malaria dans les pays où ces affections sont endémiques : il y a pour les habitants même du pays une immunité plus ou moins complète par accoutumance, mais, par contre, susceptibilité très grande pour les nouveaux arrivants. Le fait avait été signalé il y a longtemps déjà à Clermont-Ferrand, par le Dr J.-B. Fleury (5),

(1) HANCKE. *Hufeland's Journal*, 1838.

(2) *Recueil des mém. de méd. et de chir. milit.*, 1853, 2<sup>e</sup> série, t. XII.

(3) LAVERAN. *Loc. cit.*, p. 599.

(4) NIVET. *Loc. cit.*, p. 128.

(5) FLEURY. Discours prononcé en 1833 à l'école de Clermont. Cité par NIVET, *Études sur le goitre épidémique*, p. 13.

sur les jeunes filles que l'on envoie en pension dans cette ville, et on a eu fréquemment l'occasion de le constater depuis, dans les régiments qui arrivent en garnison dans les pays contaminés.

La plupart des épidémies prennent naissance en été ou en automne, mais le nom de *goitre estival* que lui a donné Nivet (1) n'est pas absolument exact, ainsi qu'en font foi les épidémies observées à Briançon en 1850 et en 1863, à Colmar et à Embrun en 1863, qui débutèrent au milieu d'un hiver rigoureux (2). Habituellement l'affection née en été, se prolonge en hiver par une série de poussées successives.

La proportion des individus atteints varie avec chaque épidémie; elle peut s'élever au cinquième et même au tiers des individus vivant en commun.

Dans l'épidémie de Riom, rapportée par M. Lunier à la commission française, sur huit cents détenus deux cent-cinquante neuf devinrent goitreux; dans celle de Colmar, Goujet compta 107 goitreux sur environ 600 hommes de garnison (3); enfin pendant l'été de 1877, à Belfort, sur un effectif de 5,300 hommes, MM. Viry et Richard ont eu à traiter 900 cas de goitres aigus (4).

Au nombre des causes adjuvantes qui ont été le plus souvent invoquées, on trouve les *refroidissements* auxquels sont exposés les soldats à la suite des marches ou des corvées de l'été; il a été remarqué que les conscrits non habitués au frottement du col de la tunique s'empressent à les ôter à toutes les haltes. L'ingestion de boissons glacées, le cou étant tendu, la tête rejetée en arrière, dans la position prise pour boire à la *régale*, lorsque le corps est en sueur, a été aussi fréquemment incriminée. Pendant l'été de 1822, une épidémie de goitres éclata au collège de Clermont-Ferrand et atteignit cinquante élèves dans l'espace de quelques

(1) NIVET. *Loc. cit.*, p. 24.

(2) COLIN. *Loc. cit.*, p. 878.

(3) GOUJET. *Recueil des mém. de méd. et de chir. milit.*, t. VII, 3<sup>e</sup> série, 1862.

(4) VIRY et RICHARD. *Gaz. hebd.*, 22 et 29 juillet 1881.

jours : l'enquête dirigée en vue d'en rechercher la cause, fit découvrir que pendant la récréation, c'est-à-dire lorsqu'ils étaient en sueur, les élèves allaient boire au robinet d'une fontaine (temp.  $+ 11^{\circ}$  centigr.), le cou tendu, la tête portée en arrière. Sur les conseils du médecin, le robinet fut fermé et les cas de goitre diminuèrent aussitôt considérablement (1).

M. Gérard (2), à Besançon, pendant quatre années consécutives, de 1848, a vu l'épidémie débiter à la suite de grandes quantités d'eau froide bues par les soldats en garnison dans cette ville ; MM. Chevalier (3), Artigues, Dourif (4) et Barberet (5) ont cité des faits analogues.

M. Nivet invoque encore, comme cause, le séjour durant la nuit d'un trop grand nombre de personnes dans des dortoirs mal aérés, où elles respirent un air chaud, humide et chargé de miasmes organiques, où elles éprouvent des sueurs abondantes qui les débilitent ; toutes conditions que l'on trouve réalisées au premier chef dans les casernes et les maisons d'éducation. Elles se retrouvent cependant bien fréquemment dans les casernes des grandes villes, sans donner lieu à la production du goitre épidémique, qui ne survient que dans les pays où il est endémique.

Les changements brusques de température, les vents froids qui viennent des montagnes, ont été invoqués pour expliquer ces épidémies que l'on observe parfois chez les journaliers pauvres de la Limagne (6), qui, mal nourris, mal vêtus, passent leur journée à travailler sur des pentes rapides et sont exposés aux vents glacés qui ont traversé les monts Dômes.

La tension du cou, nécessitée par le port du col, avait

(1) LAVART. *Annales de l'Auvergne*, 1852. Cité par NIVET, p. 110, et par LAVERAN, p. 398.

(2) GÉRARD. *Recueil des mém. de méd. et de chir. milit.*, 1854, 2<sup>e</sup> série, t. XIII.

(3) CHEVALIER, ARTIGUES. *Recueil des mém. de méd. et de chir. mil.*, 1830, 1<sup>re</sup> série, t. XXIX ; 1854, 2<sup>e</sup> série, t. XIII.

(4) DOURIF. *Mémoires de l'Acad. de Clermont*, 1862.

(5) BARBERET. *Compte rendu des travaux des conseils d'hygiène et de salubrité publique du Puy-de-Dôme*, 1876.

(6) NIVET. *Loc. cit.*, p. 117.

semblé au baron H. Larrey (1) une cause suffisante pour expliquer le développement du goitre épidémique chez les conscrits ; mais depuis de longues années déjà le col a été supprimé, et les épidémies de goitre n'en sont pas moins fréquentes. La traction exercée sur le cou par le sac ne doit pas non plus être incriminée ; car, ainsi que le fait remarquer M. Laveran (2), cette mesure est générale, et, si telle était la cause véritable du goitre épidémique, pourquoi ne l'observerait-on pas aussi bien à Bordeaux ou à Lille qu'à Briançon et à Clermont-Ferrand ?

Ce goitre aigu qui, lorsqu'il frappe un grand nombre d'individus soumis à la même influence, revêt les caractères épidémiques, prend au contraire l'apparence sporadique, lorsqu'il atteint isolément un petit nombre de sujets n'ayant entre eux aucun lien d'existence ; mais, dans les deux cas, la cause du mal est la même.

Nous sommes loin de partager l'opinion des auteurs qui invoquent des causes multiples ; d'une part, les corvées, l'habitude de boire le cou tendu à la régalaie, le cou serré ; de l'autre, les vicissitudes de température, le défaut d'insolation des vallées encaissées, la mauvaise nourriture, toutes ces conditions se trouvent réunies partout ailleurs que dans les pays où le goitre est endémique et ne produisent nullement l'épidémie du goitre ; mais il est une condition que l'on ne trouve que dans le pays goitrigène, C'EST L'EAU QUI JAILLIT DE SON SOL. De nombreux exemples prouvent surabondamment que les individus qui s'abstiennent de boire l'eau du pays goitrigène ne sont jamais atteints de goitre épidémique. Nous l'avons déjà démontré pour le goitre endémique, et les preuves très nombreuses, que nous avons invoquées à l'appui de cette thèse (3), trouvent encore leur application pour le goitre épidémique, qui n'est autre, en somme, que la manifestation aiguë de l'endémie.

(1) LARREY. *Soc. de chirurgie*, mars 1853.

(2) LAVERAN. *Loc. cit.*, p. 599.

(3) BAILLARGER et KRISHABER. Crétinisme et goitre endémique. In *Dictionnaire encyclop. de la Soc. méd.*, 1<sup>re</sup> série, t. 23, p. 165.

La constitution des épidémies et la façon dont elles se circonscrivent aux individus vivant en commun, devaient éveiller l'idée de *contagion* dans certains esprits.

Récemment encore, on avait avancé que le goitre épidémique est une maladie infectieuse, transmissible d'homme à homme, et dont l'agent étiologique est un germe animé. Pure supposition pour l'instant quoiqu'elle soit très admissible comme hypothèse (1); mais quant à la contagion directe d'un individu à l'autre, les faits ne prouvent nullement jusqu'ici qu'elle se produise. Nul n'a essayé jusqu'à ce jour d'inoculer le contenu du goitre épidémique ou endémique, et on est aussi peu autorisé à affirmer qu'à nier sa transmissibilité; mais en ce qui concerne la contagion par simple cohabitation, elle ne résulte guère des observations: les individus atteints de goitre épidémique ont été très souvent éloignés des pays où ils avaient contracté leur mal, et on n'a jamais pu fournir un seul exemple de goitre survenu dans les contrées non contaminées où furent expédiés les malades. Bien mieux, M. Czernicki a renfermé pendant plus d'un mois douze soldats atteints de goitre épidémique avec dix convalescents de fièvre, débilités, affaiblis, et qu'il supposait éminemment aptes à contracter une maladie infectieuse; pas un seul de ces derniers ne contracta le goitre (2).

C'est à tort qu'on a établi une comparaison entre les épidémies de goitre et celles d'oreillons ou d'orchites que l'on observe souvent dans les casernes et les écoles. M. Nivet (3), sans admettre la contagion, incline cependant à penser que toutes ces affections sont de nature rhumatismale, et que telle épidémie pourra revêtir la forme d'oreillons, telle autre celle de goitre, sans qu'il soit possible d'expliquer le motif de cette distinction.

Nous laissons à cet auteur la responsabilité de cette interprétation que nous sommes bien loin de partager.

(1) VIRY et E. RICHARD. *Gaz. hebdomadaire*, 29 juillet 1881.

(2) CZERNICKI. *Gaz. hebdomadaire*, 1881, n° 38.

(3) NIVET. *Loc. cit.*, p. 133.

L'anatomie pathologique du goitre épidémique est encore à établir. M. Colin (1) a eu toutefois l'occasion de faire, en 1861, l'autopsie d'un soldat atteint de goitre épidémique qui mourut de scarlatine : le tissu du corps thyroïde était décoloré, grisâtre, dur ; il y avait de l'hypertrophie des éléments fibreux et deux petits kystes (l'un dans le lobe médian, l'autre dans le lobe droit), gros comme un pois, et remplis d'un liquide filant, jaune brunâtre. Dans un autre cas, dû à Lebert (2), le tissu glandulaire était rouge, gorgé de sang, très vasculaire ; à l'examen microscopique on trouvait l'épithélium des vésicules infiltré de granulations.

La marche insidieuse du goitre épidémique s'explique par son indolence presque complète ; le premier phénomène qui attire, en général, l'attention des malades, c'est la difficulté qu'ils éprouvent à boutonner le col de leur chemise ou de leur tunique. Il est vrai que, dans quelques cas rares (Savart, Gérard, Goujet, Dourif (3), la glande est le siège d'une douleur vive qui augmente par la pression, et qui dirige de ce côté l'attention.

Le volume du goitre est, en général, peu considérable ; lorsque toute la glande est envahie, la tuméfaction prédomine vers la partie moyenne ou vers la partie inférieure qui semble s'enfoncer derrière le sternum. Dans les cas où le corps thyroïde n'est pas pris dans toute son étendue, le lobe droit l'est plus souvent que le gauche. MM. Fleury, Rozan, Halbron et Nivet ont signalé l'augmentation de volume du goitre vers le soir (4). M. Goujet, au contraire, aurait remarqué une hypertrophie plus considérable le matin (5).

La maladie est apyrétique ou ne donne lieu qu'à un état fébrile éphémère, et ne s'accompagne, en général, d'aucun trouble de santé ; quelques auteurs cependant ont signalé

(1) COLIN. (*Recueil des mém. de méd. et de chir. milit.*, 1861, 3<sup>e</sup> série, t. VI.

(2) LEBERT, cité par NIVET, *Loc. cit.*, p. 56.

(3) Voir *loc. cit.*

(4) Voir *loc. cit.*

(5) *Ibidem.*

certains accidents qui peuvent être mis pour la plupart sur le compte de la compression légère exercée par le corps thyroïde tuméfié sur les organes du cou, tels sont la raucité de la voix, la gêne de la respiration qui devient bruyante, la dysphagie, la rougeur de la face, les battements exagérés des carotides et l'exophtalmie qui ont pu, dans un cas observé par M. Goujet (1), faire redouter le début d'un goitre exophtalmique. Les bruits de souffle carotidiens, plusieurs fois notés, peuvent aussi bien être mis sur le compte de l'anémie que de la compression. MM. Dourif et Gérard ont signalé, en outre, chez quelques-uns de leurs malades, l'engorgement des ganglions cervicaux et sous-maxillaires.

La marche du goitre épidémique est lente, progressive ; après une période d'augmentation dont il est difficile de préciser le début à moins qu'il ne s'agisse de goitres développés très rapidement à la suite d'ingestion de grandes quantités d'eau froide, la maladie reste stationnaire, puis décroît lentement. La durée d'un goitre varie dans chaque épidémie ; Nivet parle de 7 à 8 jours comme durée moyenne dans l'épidémie observée par lui en 1851, à Clermont ; les autres auteurs lui assignent, en général, une durée plus longue. Chevalier donne comme moyenne 15 à 21 jours, Gérard 26, Colin 37, Tellier 36, Goujet 69. Quant à la durée totale de l'épidémie, elle est des plus variables ; le plus souvent on compte 2 ou 3 mois, parfois 5 ou 6, et dans ces dernières il n'est pas rare de voir le nombre des goitres diminuer, pendant l'hiver, pour augmenter au printemps suivant.

La guérison est la règle ; cependant on a signalé son passage à l'état chronique ; presque toujours alors on a affaire à des goitres kystiques dont l'origine doit être attribuée vraisemblablement à la réplétion des follicules normaux pendant l'état aigu par un liquide d'exsudation.

Les mesures prophylactiques doivent consister surtout dans la SUPPRESSION ABSOLUE DE L'EAU DU PAYS ; mieux vaudrait encore éloigner les malades ; de toute façon il leur faut une alimentation abondante, et pour boisson du vin. Les officiers

(1) GOUJET. *Loc. cit.*

qui boivent, en général, du vin, soit pur, soit coupé avec de l'eau, ce qui diminue au moins la quantité d'eau ingérée, sont bien plus rarement atteints de goitre aigu que les simples soldats.

On évitera, en outre, les refroidissements brusques, et, en général, toutes les causes de mauvaise hygiène qui, en débilitant l'organisme, peuvent lui imprimer un certain degré de réceptivité morbide.

Le goitre une fois développé, il faudra avoir recours au traitement par résolution, à l'emploi de l'iode. A l'intérieur. l'iodure de potassium est donné à la dose de 50 centigrammes à 2 grammes par jour; la teinture à la dose de 10 gouttes, matin et soir; l'iodure de fer, l'huile de foie de morue trouvent aussi leurs indications chez les individus lymphatiques.

A l'extérieur, les badigeonnages à la teinture d'iode, les frictions à l'aide de pommades iodées et iodurées sont employés comme succédanés. Ce traitement doit être continué tant que dure la maladie; si cependant aucun résultat n'était obtenu au bout d'un mois il faudrait supprimer immédiatement tout traitement. On a cité des cas dans lesquels l'iode n'agissait que lorsque l'emploi en avait été suspendu depuis quelque temps (Nivet). Dans les cas rebellés, la glace appliquée sur le corps thyroïde, les douches froides sur le cou ont amené la guérison alors même que l'iode avait échoué. Lorsque le goitre est dur, douloureux, et donne lieu à des phénomènes de compression, l'emploi des révulsifs et même des émissions sanguines locales est indiqué.

Le moyen de guérison le plus efficace sera toujours le changement de résidence et le séjour des malades dans des pays où le goitre endémique est inconnu.

## CLINIQUE OTOLOGIQUE

DES MOYENS D'APPRÉCIER LA SENSIBILITÉ AUDITIVE. —  
NOUVEL AUDIOMÈTRE.

*Conférence du 15 juin 1882,*

Par le **D<sup>r</sup> Ladreit de Lacharrière.**

De tout temps les médecins qui se sont consacrés à l'étude des troubles de l'audition ont été préoccupés de rechercher les moyens d'apprécier la sensibilité auditive, afin de pouvoir déterminer exactement la mesure dans laquelle l'ouïe se trouve affaiblie, ou bien se rendre compte de l'efficacité d'un traitement ou de son impuissance. Ils ont cherché aussi un moyen de faire connaître en langage scientifique l'état exact des malades qu'ils avaient eu l'occasion de soigner. Les observations, en effet, qui sont destinées à faire profiter les autres de notre propre expérience ne peuvent avoir de valeur que si elles offrent une précision scientifique appréciable par tous.

Dire qu'un malade a perdu la moitié ou les trois quarts de la sensibilité de l'ouïe, est une affirmation qui n'a de valeur que si nous avons un moyen toujours identique de mesurer cette sensibilité, et si nous pouvons établir une mesure qui soit pour ainsi dire l'unité acoustique.

Cette unité sera le minimum du son perceptible à l'oreille humaine; en la multipliant nous aurons des sons de plus en plus forts, et lorsque nous dirons qu'une personne n'entend plus que les sons de la valeur de 10, 20, 100 unités, nous nous servirons d'un langage toujours mathématiquement exact, un langage vraiment scientifique.

L'instrument que je viens de faire construire par M. Gaiffe me paraît réaliser ces conditions; l'unité que j'ai adoptée est précisément l'unité de résistance électrique universellement admise, et à laquelle on a donné le nom de Ohm, le passage du courant à travers le rhéostat permettra de ne

faire arriver au téléphone que des sons dont la force est proportionnelle aux unités de résistance.

Avant de décrire l'appareil que je veux vous faire connaître, il n'est pas sans intérêt de faire une revue rétrospective rapide des tentatives qui ont déjà été faites pour mesurer la sensibilité acoustique.

L'acoumètre d'Itard se composait d'un cercle métallique suspendu, sur lequel venait frapper une bille d'ivoire fixée à l'extrémité d'une tige. L'autre extrémité de cette tige parcourait un quart de cercle sur lequel étaient tracées des divisions qui indiquaient le degré d'éloignement de la bille d'ivoire, et le son était d'autant plus fort que la bille venait frapper de plus loin. L'ouïe la meilleure était celle qui percevait les sons les plus faibles. Cet instrument était défectueux à tous les points de vue. Le choc de la bille pouvait ne pas être toujours de même force, les conditions de transmission des sons à l'oreille manquaient de précision, car la distance de l'organe n'était pas exactement déterminée; enfin les instruments de même espèce ne pouvaient pas être absolument semblables, l'acoumètre ne pouvait donc donner que des approximations.

Conta (*Arch. f. Ohr.*, t. 1, p. 107) chercha à modifier les conditions du problème. Ne s'occupant plus de la distance à laquelle un son pouvait être entendu, il voulut noter seulement la durée de la perception du son. Il choisit le diapason comme instrument de vibration qu'il mit en communication avec l'oreille au moyen d'un tube en caoutchouc dans lequel on faisait pénétrer le manche de l'instrument et dont l'autre extrémité était placée dans l'oreille. L'oreille recevait ainsi non seulement les vibrations du diapason, mais aussi celles du tube lui-même. Le choc du diapason n'étant pas produit par un appareil mécanique devait être toujours différent, et enlevait à cet instrument toute garantie de précision.

Magnus, pour parer à ces inconvénients, faisait frapper le diapason par une bille de bois, et enveloppait celui-ci par un cornet qui ramassait les ondes sonores et les répercutait dans la direction de l'oreille.

L'acoumètre de Politzer (*Arch. f. Ohr.*, t. V) réalise un

précision un peu plus grande. Il se compose d'une série de diapasons de même forme et de même poids. Tous les acoumètres de Politzer sont fabriqués avec des matériaux identiques, et vibrent à l'unisson. Ils sont formés par une série de cylindres de métal qui sont fixés dans un massif de caoutchouc et qu'on met en vibration en les frappant avec un marteau. Politzer a constaté que la portée de l'ouïe normale est de 15 mètres. Une portée aussi étendue ne permet pas d'apporter dans l'observation la précision désirable, et comment faire d'ailleurs les observations dans un cabinet si grand qu'il puisse être ? il faudra donc mettre en communication deux ou trois pièces pour avoir la distance de la portée normale, mais alors les conditions de l'acoustique ne seront plus les mêmes dans chacune d'elles.

La méthode de Blake (*Trans. of the Ann. of american Soc.*, 1873) a plus de précision que les précédentes. L'appareil se compose de verges vibrantes de König donnant des sons correspondant depuis 27,000 vibrations jusqu'à 100,000. L'intervalle de deux verges est de 5,000 vibrations. Après avoir déterminé le degré normal de perception du labyrinthe, les différences donnaient la mesure des altérations de l'ouïe.

Les progrès récents de l'électricité devaient provoquer des applications nouvelles de cette force pour la mensuration de la sensibilité auditive. Un électricien anglais, M. Hughes, a fait construire le premier instrument d'après ce principe.

L'audiomètre de Hughes se compose d'une bobine induite mobile entre deux bobines d'induction fixes. Les générateurs de l'électricité sont deux éléments de Bunsen reliés par une clef de Morse servant d'interrupteur. Le courant passe dans les deux bobines fixes situées à 30 centimètres de distance et reliées par une tige de fer doux sur laquelle court la troisième bobine qui est mobile. Cette tige est divisée en 200 millimètres.

Les deux bobines sont formées par des fils d'inégale longueur : l'une a un fil de 100 mètres, l'autre de 9 mètres. Ces deux bobines n'ont donc pas la même influence, et cette

inégalité a pour résultat de porter le zéro de l'échello du côté de la bobine de 9 mètres.

Nous avons dit que la bobine médiane est mobile sur a tige métallique qui sépare les deux autres. Si on la fait glisser, on trouvera un point où les courants d'induction de sens inverse se feront équilibre, le téléphone alors restera muet, mais si on rapproche la bobine mobile des bobines fixes on aura un son qui ira en augmentant du côté de la bobine de 100 mètres et en diminuant du côté de celle de 9 mètres : le bruit sera produit par un interrupteur manœuvré à la main, par conséquent il ne sera pas uniforme. Outre cet inconvénient, je reproche à l'instrument de Hughes de ne donner qu'un bruit et pas un son.

Je pourrais encore mentionner d'autres tentatives pour résoudre le problème qui nous occupe, les noms que je viens de citer prouvent son importance et les difficultés qu'il présente. Tous les instruments que je viens de décrire méritent le même reproche, c'est de ne donner qu'un son.

L'oreille possède deux facultés distinctes, celle de percevoir les sons et les bruits. Un certain nombre de personnes entendent très suffisamment la parole et ne souffrent pas de surdité qui, cependant, ne peuvent entendre l'échappement d'une montre qu'au contact de l'oreille, et j'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de malades qui avaient recouvré une audition assez fine sans arriver à entendre leur montre à une certaine distance de l'oreille. L'observation contraire quoique plus rare, est également vraie, beaucoup entendent la montre à la distance presque normale qui ne peuvent suivre que très difficilement une conversation ; l'examen de la sensibilité auditive doit donc porter également sur l'appréciation des sons et sur celle des bruits, et un bon audiomètre doit permettre ces deux contrôles.

Les instruments dont nous nous servons journellement pour mesurer la sensibilité acoustique sont la montre et le diapason. Mais s'ils peuvent nous servir de point de comparaison, ils sont défectueux parce que ces instruments ne donnent pas tous le même bruit et le même son, ensuite parce que la distance minimum à laquelle ils sont entendus

est toujours d'une mensuration difficile. Je crois avoir résolu le problème pour la montre à l'aide du microphone qui permet d'augmenter l'intensité d'un bruit faible en multipliant les éléments magnétiques.

Le diapason donne un son uniforme et toujours semblable à la condition d'être mis en vibration par un choc toujours identique. Cette force, toujours la même, je l'ai trouvée dans l'action de bobines d'induction qui maintient le diapason en vibration aussi longtemps que doit durer l'examen. Mon audiomètre, construit par notre habile électricien, M. Gaiffe, se compose :

1° D'un microphone (M) destiné à donner l'appréciation du bruit, et mis en action par deux petites piles au chlorure d'argent ;

2° D'un diapason (A) mis en vibration par une batterie de quatre piles au manganèse (P) ;

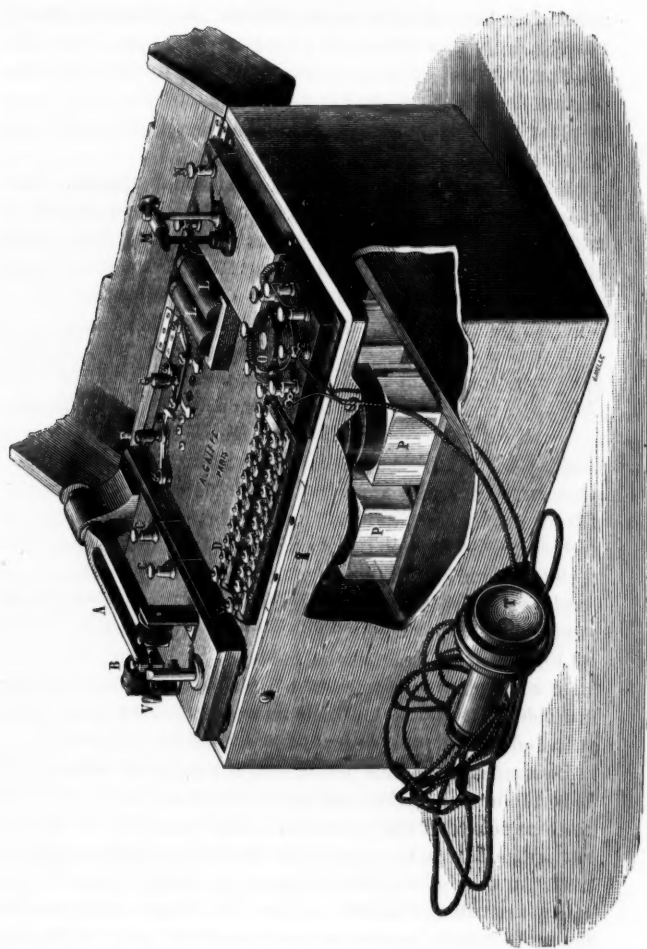
3° D'un téléphone pour transmettre à l'oreille les bruits et les sons ;

4° D'un rhéostat (D) pour déterminer le nombre d'Ohms ou unités électriques introduits dans le circuit ;

5° La bobine d'induction principale (O) que traverse les courants des deux sources d'électricité est de M. le D<sup>r</sup> Boudet de Paris.

Je n'ai pas besoin de décrire le microphone et le téléphone que chacun connaît, je dirai seulement que le microphone est actionné par deux petites piles au chlorure d'argent.

Le diapason est mis en vibration par quatre éléments au bioxyde de manganèse contenus dans le fond de la boîte. Le courant pénètre dans le diapason, d'une part, par le talon de cet instrument qui reçoit le fil du pôle négatif, et d'autre part, par une bobine d'induction placée à côté de ses extrémités. La bobine d'induction la plus interne est mise en communication avec la pile par la manette (G), et elle émet un fil qui la fait communiquer à l'aide d'un bouton de réglage (V) avec le fil de platine qui est serré à l'extrémité du diapason, et sert d'interrupteur. La bobine d'induction externe (B) est en communication d'une part avec le rhéostat, et d'autre part



Audiomètre du Dr Ladreit de Lacharrière.

avec la bobine d'induction de Boudet de Pâris. C'est la manette à deux branches (G) qui ouvre ou ferme le circuit.

Je ne m'arrêterai pas à décrire le pont différentiel d'induction de M. Boudet de Pâris (O) dont on trouvera la description dans les publications de ce très ingénieux médecin physiologiste.

Le rhéostat (D) est la pièce principale de l'appareil. C'est un instrument connu depuis longtemps et qui est destiné à mettre un certain obstacle à l'écoulement facile du courant électrique. Il est composé d'un certain nombre de bobines, construites de telle façon qu'elles offrent des résistances différentes et graduées.

La première bobine n'offre qu'un Ohm de résistance, les deux suivantes présentent 2 Ohms, puis 5, puis 10, 20, 30, 50, 100, 200, 300, 500, 1,000, 2,000, 3,000, 5,000, 10,000, 20,000. On remarquera qu'en additionnant les Ohms des différentes bobines on peut avoir une échelle de 1 à 40,000. Cette échelle n'est pas nécessaire pour le but que nous nous proposons, mais nous avons voulu nous servir des instruments dont la précision a été étudiée et est connue. Nous ferons remarquer cependant que sous l'influence des courants que nous avons employés, la différence de 1,000 à 20,000 n'est pas aussi marquée qu'on pourrait s'y attendre.

Le mécanisme du rhéostat est celui-ci: lorsque les armatures sont mises en communication à l'aide des boutons que l'on voit à la surface de l'instrument, le courant passe sans qu'il y ait aucune résistance; mais si on soulève un des boutons, le courant ne peut plus passer et il est obligé de suivre le fil de la bobine isolée, il éprouvera dans chaque bobine la résistance calculée qu'elle présente. Cette résistance de plus en plus grande fera rendre au téléphone des sons de plus en plus forts. Avec un Ohm de résistance, on aura le son le plus faible, avec 20,000 on aura le plus fort. Il sera donc possible de chercher la moyenne de l'acuité auditive même, et à l'aide de l'échelle que je viens d'indiquer on pourra apprécier le degré de surdité.

Nous avons dit qu'il fallait tenir compte de la perception du bruit et de la perception du son. La première indication

nous sera fournie par le microphone. Le générateur du bruit sera une montre qu'on déposera sur la tablette, et, à l'aide du rhéostat, on notera qu'elle sera la résistance nécessaire pour que les battements soient entendus dans le téléphone par l'oreille normale : nous avons calculé qu'elle était de 10 Ohms.

L'appréciation des sons nous est donnée par le diapason. En le mettant en vibration avec deux des éléments de la pile, on a un son qui devient de plus en plus fort à mesure qu'on met en action un élément de plus. Nous avons constaté que pour qu'une oreille de sensibilité moyenne entende le son, dans le téléphone, avec deux éléments seulement, il suffisait d'une résistance de 10 Ohms. En partant de cette donnée, on pourra apprécier la sensibilité acoustique, et on notera si on a employé deux, trois ou quatre éléments de la pile.

Je pense qu'à l'aide de mon audiomètre l'appréciation de la sensibilité acoustique ne sera plus une indication vague exposée à mille causes d'erreur, mais qu'elle deviendra désormais une donnée scientifique ayant l'exactitude et la précision qu'on peut désirer. L'unité de résistance électrique, adoptée par tous les physiciens, en rendra le langage intelligent pour tous les pays.

---

## DES RÉSULTATS DU TRAITEMENT MÉCANIQUE DES RÉTRÉCISSEMENTS DU LARYNX,

Par le Dr **Héring**, médecin des hôpitaux et membre de la Société  
médicale, à Varsovie, Pologne.

TABLEAU N° 1. — *Résultats du cathétérisme dans la sténose aiguë.*

N°	NOM de l'auteur.	AGE et sexe.	DIAGNOSTIC.	TRANSFORMATIONS.	RÉSULTATS du cathétérisme.	OBSERVATIONS.
1	LABE CARLO. Ann. univ. di medic. vol. 237 (1876).	Homme, 27 ans.	Phisie laryngée.	Déformation cicatricielle des cordes vocales; adénose des cartilages aryé-noides qui ferment la glotte en forme de soupape.	Après l'incision et l'ablation de l'énormescence au moyen de la gallette Stark, attaque de suffocation calmée par l'introduction d'une sonde élastique dirigée par l'index. — Nouvelle attaque après l'enlèvement de la sonde, qui a dû être appliquée de nouveau. — Critotrachéotomie. — Mort par phisie 8 jours après.	Trachéotomie aujourd'hui.
2	HACK. Volkman's Samml. lung klinischer Vorträge, n° 132 (1878).	Homme.	Sténose syphilitique.	Cicatrices du larynx, perforation du voile du palais; inflammation et infiltration de l'épiglotte et du tissu submuqueux des cordes vocales vraies ou fausses.	Occlusion de la glotte et suffocation causée par l'œdème aigu des fausses cordes vocales, accidents calmés momentanément par l'introduction de la bougie de Schroetter. — Cette dernière, une fois retirée, la suffocation augmente au point que le malade replace lui-même la canule, durant le trajet de sa maison à l'hôpital. — Guérison sans trachéotomie par l'application méthodique des canules de Schroetter.	Pas de trachéotomie.
3	Mac Ewen. Glasgow med. Journ., septemb. 1879.	Femme, 38 ans.	Œdème aigu de la glotte.	Manque de détails.	Sonde n° 42 laissée à demeure pendant 38 heures. — Guérison sans trachéotomie.	—
4	—	Homme.	Attaque de suffocation causée par une	—	La pomme de terre retirée, on a dû introduire une sonde élastique	Le malade pouvait prononcer oui et

4	—	Glasgow med. Journ., septemb. 1879.	38 ans.	glotte.	—	—	La pomme de terre retirée, on a dû introduire une sonde élastique n° 42, la laisser à demeure pendant 42 heures, puis après l'avoir nettoyée, la replacer pour 36 heures, après quoi, guérison complète.	Le malade pouvait prononcer oui et non malgré la présence de la canule. Cas douteux (Hering).
5	O. CUNANI. Allg. Wiener med. Zeitung, 1884, n° 15.	—	Homme.	Attaque de suffocation causée par une pomme de terre avalée brûlante.	—	Ankylose des cartilages aryénoïdes ; leur face antérieure est bosselée, les cordes vocales rapprochées.	Introduction de la canule de Schröter n° 3 pour une heure, attaque de suffocation dès qu'on l'eut retirée, nécessitant son remplacement pour 3 heures. Ce tubage fut continué pendant 27 heures pour cause d'œdème des cordes vocales. A la fin, l'apparition d'une expectoration pourrie nécessita la trachéotomie, ce qui accéléra la guérison du malade.	Trachéotomie ajournée.
6	—	—	Femme.	Sténose tuberculeuse.	—	—	Tubage par le procédé Schröter pour cause de suffocation ; soulagement pendant une heure ; suffocation réitérée ; œdème de la face intérieure des cordes, Trachéotomie.	—
7	SZEPAROWICZ. Przeglad lekarski, 1880, n° 44-20 et 1884, n° 44-46. (Revue médicale hebdomadaire polonaise publiée à Cracovie.)	—	Homme. 4 ans 1/2.	Infiltration plastique et induration après le croup.	Trois semaines après le croup. Une inspection baltre au laryngoscope constatée la présence d'un œdème et d'une rougeur à l'intérieur du larynx.	Dès que la canule fut enlevée, on s'aperçut de la présence d'une infiltration œdémateuse du cou et de la face, laquelle cependant ne paraissait pas entraver le passage de la canule par la glotte.	Une nouvelle attaque de suffocation nécessita la trachéotomie qui fut pratiquée sur le tube même. Mort à la suite de pneumonie six jours après, le 18 avril 1881.	
8	—	—	N° 37. Paralysis in crico-arytn. paxr.					

TABLEAU N° 2. — Résultats du cathétérisme dans la laryngosténose chronique.

N°	AUTEUR.	DIAGNOSTIC.	SEXE et âge.	DURÉE du rétrécisse- ment.	DURÉE du traitement.	MODIFICATIONS		BIBLIOGRAPHIE.
						de la voix.	de la respiration.	
8	SCHROETTER.	Perichondritis.	Homme, 43 ans.	10 ans.	14 mois.	Amélioration.	Libre.	Beiträge zur Behandl. der L.-Stenosen, 1876.
9	—	Stenosis, cicatrice. (Ref.)	Femme, 48 ans.	1 an 1/2.	2 mois.	?	—	—
10	—	Stenosis, cicatr.	Femme, 38 ans.	2 ans.	1 mois 1/2.	?	—	—
11	—	Oedema inflamm. et stenosis membra- nacea.	Homme, 54 ans.	4 mois.	3 mois.	Guérison complète.		—
12	—	Stenosis, syphilit.	Homme, 34 ans.	2 mois.	?	—	Améliorée.	—
13	—	Stenosis, syphilit. ci- catricial.	Homme, 20 ans.	2 mois.	3 mois.	—	Libre.	—
14	—	Perichondr. cum in- duratione.	Femme, 19 ans.	3 mois.	5 mois.	—	Améliorée.	—
15	—	Stenosis, syphilit. et ankylos. crico-ary- tenoid.	Homme, 34 ans.	3 ans.	1 mois 1/2.	—	Grande améliora- tion.	—
16	—	Stenosis, membr.	Femme, 18 ans.	3 ans.	?	Les détails manquent.		—

N°	Auteur	Maladie	Sexe, âge	Durée	Guérison	Bibliographie	Remarques	Grandes anastomoses
46	—	Stenose membr.	Femme, 18 ans.	3 ans.	?	Les détails manquent.	—	—
47	—	Stenose membr. syphilit.	Femme, 28 ans.	3 ans.	?	Les détails manquent.	—	—
48	Siolo.	Paral. crico-arytén. postica.	Homme, 22 ans.	4 mois.	1 mois 1/2.	—	Amélioration.	Wien. med. Wochens., 1875, nos 2, 6 et 27.
49	SCHNITZLER.	Perichondritis ex typho.	Homme, 33 ans.	2 ans.	4 mois.	Guérison complète.	—	Wien. Klin. Wochens., 1877, janvier.
20	G. CATTI.	Chorditis hypertrophier.	Femme, 48 ans.	2 ans.	4 semaines.	Amélioration.	Libre.	Wiener allg. Zeitung, 1878, nos 26, 30 et 35.
21	—	—	Femme, ?	2 ans.	2 mo s.	—	Amélioration.	—
22	—	—	Femme, 49 ans.	14 mois.	11 mois.	Raque.	Libre.	—
23	GANGHOFNER.	—	Femme, 36 ans.	Quelques mois.	7 semaines.	Guérison complète.	—	Prag. medic. Wochens., 1878, n° 45.
24	—	Lupus laryng.	Homme, 12 ans.	2 ans.	10 semaines.	Raque.	Libre.	Prag. medic. Wochens., 1878, n° 37.
25	—	Chordit. hypertrophier.	Femme, 35 ans.	19 mois.	6 semaines.	Légèrement voilée.	Libre.	—
26	—	—	Homme, 53 ans.	6 mois.	5 semaines.	Claire.	Libre.	—
27	—	—	Femme, 49 ans.	1 an.	3 semaines.	Améliorée.	Plus libre.	—

TABLEAU N° 2. — Résultats du cathétérisme dans la laryngosténose chronique. (Suite.)

N°	AUTEUR.	DIAGNOSTIC.	SEXE et âge.	DURÉE du rétrécisse- ment.	DURÉE du traitement.	MODIFICATIONS		BIBLIOGRAPHIE.
						de la voix.	de la respiration.	
28	—	Laryngite chronique avec rétrécisse- ment du larynx et de la trachée.	Femme, 25 ans.	10 mois.	4 semaines.	Timbre normal.	Libre.	—
29	SCHIEFER MAX.	Carcinoma épithé- liale.	Homme, 50 ans.	2 ans.	3 mois.	Mort par asphyxie.		Deuts. medic. Woe- henschr., 1879, n° 9.
30	—	Petichon. tuberc.	Femme, 28 ans.	?	5 semaines.	Sans améliora- tion.	Amélioration mo- mentanée du- rant 5 semai- nes.	—
31	SREPAROWICZ.	Chordit. hypert. infe- rieur.	Femme, 40 ans.	3 à 4 ans.	6 semaines.	Claire.	Libre.	Przelad. lek. Krak., 1880, nos 11-20, 1881, nos 11-16.
32	—	—	Femme, 18 ans.	Quelques mois.	4 mois.	Amélioration.	Libre.	—
33	—	Perichondritis.	Femme, 20 ans.	3 mois.	1 séance.	Irritation du larynx par la candelé; dyspnée. Mort la nuit suivante, decubitus du larynx cause par la candelé.		—
34	—	Perichondritis cum induratione.	Femme, 20 ans.	2 ans.	3 mois.	Un peu d'amélioration.		—
35	—	Paralys. crico-ryti- postica.	Homme, 43 ans.	Quelques jours.	5 jours.	Mort à la suite de myélite chro- nique.		—

31	—	Perichondritis cum induratione.	Femme, 20 ans.	2 ans.	3 mois.	Un peu d'amélioration.	—
33	—	Perichond. crico-aryen postea.	Homme, 43 ans.	Quelques jours.	5 jours.	Mort à la suite de myélite chronique.	—
36	—	Perichondr. acuta phlegmonosa.	Homme, 20 ans.	Quelques jours.	3 semaines.	Mort 10 minutes après l'extraction de la canule.	—
37	—	Parsis mm. crico-aryenoid ex typho.	Homme, 20 ans.	Quelques jours.	2 semaines.	Guérisson complète.	—
38	—	Blenorrhœa Stœrk. et perichondritis ?	Femme, 23 ans.	2 ans.	3 mois.	Amélioration. Libre.	—
39	—	Perichondr. ex typho cum paralysa	Homme, 33 ans.	4 jour.	2 jours.	Mort par pneumonie.	—
40	—	Perichon. ex lue.	Homme, 53 ans.	Quelques mois.	3 semaines.	Améliorée. Libre.	—
41	—	Laryngitis phlegm. et abcessus epigl.	Homme, ?	Quelques jours.	43 jours.	Tubes de Schreiter laissés huit jours en place. Voix couverte. Respiration normale.	—
42	MARLX.	Laryngitis sub chord. hypert.	Homme, 13 ans.	1 an.	3 semaines.	— Amélioration.	—
43	HEMINGF.	Stenosis membr. post. biennorrh. Stœrkil.	Femme, 47 ans.	6 mois.	4 semaines.	Claire. Libre.	Observation inédite.
44	—	Chord. vocal. hyper. inferior.	Femme, 49 ans.	3 mois.	4 semaines.	Voilée. Libre.	—
45	—	Stenosis ex lue, rapetant la biennorrh. de Stœrk.	Homme, 23 ans.	18 mois.	8 mois.	Voilée. Libre.	—
46	—	Perichon. ex lue.	Femme, 14 ans.	4 mois.	2 mois 1/2.	Un peu rauque. Libre.	—

TABLEAU N° 2. — Résultats du cathétérisme dans la laryngosténose chronique. (Suite.)

N°	AUTEUR.	DIAGNOSTIC.	SEXE et âge.	DURÉE du rétrécisse- ment.	DURÉE du traitement.	MODIFICATIONS		BIBLIOGRAPHIE.
						de la voix.	de la respiration.	
47	O. CHIARI.	Sten. ex blennorrh. Stoerkli.	Femme, 44 ans.	5 mois.	6 mois.	Guérison durable.		Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1884, n° 6.
48	—	Blennorrh. Stoerkli.	Femme, 35 ans.	9 mois.	4 mois.	Guérison complète.		—
49	—	—	Femme, 28 ans.	9 mois.	2 mois 1/2.	—	Facile.	—
50	—	—	? 32 ans.	14 ans.	—	Les détails manquent.		—
51	—	—	Homme, 21 ans.	2 ans.	3 mois.	—	Grande amélio- ration.	—
52	—	—	Homme, 28 ans.	9 mois.	4 mois.	Amélioration notable.		—
53	—	Stenosis ex lue,	Homme, 25 ans.	—	8 jours.	Guérison complète.		—
54	—	Chordit. hyper. infe- rior.	Homme, 53 ans.	3 ans.	3 ans avec inter- rptions.	Guérie.	—	—

TABLEAU N° 3. — Succès obtenus par le procédé Schroetter.

NOM de l'auteur.	N°s	DIAGNOSTIC.	DURÉE de la sténose avant le traitement.	DURÉE du traitement.	AGE des malades.	OBSERVATIONS.
LANTS.	66	Perichondritis cricoidea ex typho.	Trois mois après la trachéotomie.	Trois mois.	28 ans.	Guérison depuis sept ans et, depuis l'opération, a traversé heureusement une grossesse.
—	67	Perichondritis crico-aryténoides ex variola.	Deux ans après la trachéotomie.	Deux mois et demi.	27 ans.	Grossesse sans récidive de la maladie.
—	68	Perichondr. cricoïd. idiopathica.	Un an après la trachéotomie.	Trois mois.	46 ans.	Guérison complète et durable, affirmée par l'auteur dans sa lettre du 27 août 1881.
—	69	Perich. cricoarytén. ex typho.	Un an et demi après la trachéot.	Quatre mois.	16 ans.	
SZEPAROWICZ.	74	Laryngite et infiltration plastique à la suite du croup.	Huit mois.	Quatre semaines.	4 ans.	Guérison complète (Lettre du 9 juin 1881, de même que pour le n° 76).
—	76	Chorditis vocalis hypertrophica inferior.	Trois mois.	Sept mois.	14 ans.	
—	79	Catar. chronicus laryngis papillomata diffusa.	Un an.	Trois semaines.	6 ans.	Canule trachéotomique retirée. — Le mal récidivant après deux mois d'inter-valle, on a appliqué avec succès les canules de Schroetter. Résultats ultérieurs inconnus.
KIESELBACH.	90	Perichondrite diffuse (polypes du larynx).	Deux ans.	Onze mois.	17 ans.	Guérison complète, obtenue à l'aide d'une canule spéciale, comprimant la partie prédominante du larynx.

TABLEAU N° 4. — Résultats du traitement de

N°	NOM de l'auteur.	SEXE et âge des malades.	DIAGNOSTIC.	DÉBUT de la sténose.	PROCÉDÉ EMPLOYÉ.
55	SCHROETTER. Beitrag zur Behandlung der larynx stenose.	Femme 17 ans.	Perichondritis ex typho.	1871.	Proc. Schroetter.
56	—	Homme 24 ans.	Per. ex lue.	1870.	—
57	—	Femme 46 ans.	Per. idiopath. crico. id. et thyroïd.	1871.	—
58	—	Homme 24 ans.	Per. ex typho.	1872.	—
59	—	Homme 16 ans.	Per. ex typho.	1872.	—
60	—	Femme 35 ans.*	Per. ex lue.	1871.	—
61	—	Femme 30 ans.	Per. p. variol.	1874.	—
62	—	<del>Femme</del> 38 ans.	Per. ex lue.	1874.	—
63	—	Homme 22 ans.	Sto. inflammatoria.	1874.	—
64	—	Homme 47 ans.	Perichondritis.	1875.	—
65	—	*Femme 28 ans.	Perich.	1875.	—
66	LADUS. An, univers. di Med. (1876).	Femme 28 ans.	Per. cricoïd. ex typho.	2 mois.	—

la sténose laryng. après la trachéotomie.

DURÉE du traitement.	RÉSULTATS		LA CANULE a-t-elle été retirée ?	OBSERVATIONS.
	dans la voix.	dans la respiration.		
1 an. <i>interruption</i>	Normales.		Laissée à demeure, suivant le vœu de la malade.	
2 ans.	Rauque, mais forte.	Libre.	?	<i>Donnée en même temps par S.</i>
3 ans. <i>pour l'instant ne se présente pas à la clinique</i>	Un peu voilée.	Normale.	? Non.	<i>Donnée en même temps par S.</i>
6 mois.	—	Normale.	Canule bouchée, mais laissée à demeure.	?
7 mois.	—	Un peu difficile.	—	?
4 mois.	—	Beaucoup plus facile.	Non.	
1 an.	—	Glotte normale.	Non.	<i>Respire avec la canule bouchée</i>
8 mois.	—	Glotte normale.	Non.	
8 mois.	—	Glotte largement dilatée.	Non.	
9 mois.	Amélioration de la voix.	—	?	
<i>Après 1/2 an.</i>	—	Glotte largement dilatée.	?	
3 mois.	Forte, mais voilée.	Libre.	Retirée.	Pas de récurrence jusqu'en août 1871.

N°	NOM de l'auteur.	SEXE et âge des malades.	DIAGNOSTIC.	DÉBUT de la sténose.	PROCÉDÉ EMPLOYÉ.
67	—	Femme 27 ans.	Perich. eric. et aryt. post. variolum.	2 ans.	—
68	LABUS. (Par lettre.)	Homme 16 ans.	Perich. ericord.	3 mois.	—
69	—	Femme 16 ans.	Perich. eric. et aryt. post. typhum.	1 an 1/2.	—
70	GANGHOFNER. Prager med. Wochens- chrift (1873, n° 45).	Homme 40 ans.	Perich. ex lue.	—	Procédé Schroetter et traitement spécifique.
71	KOCH. Bulletin de la Société mé- dicale du grand-duché de Luxembourg (1879).	Homme 18 ans.	Perich. ex typh.	1 an.	Procédé Schroetter.
72	SEMON. (Monatsschrift für Ohren- heilkunde 1879).	Homme 27 ans.	Sten. membr.	5 mois.	Styles boutonnés.
73	SZEPAROWICZ. Przeg. lek. krak. 1880- 1881.	Femme 20 ans.	Perich. cum. indur.	1 an 1/2.	Bougies anglaises et oesop- hagiennes.
74	—	Femme 4 ans.	Hyperplasia text. sub. muc. laryng.	8 mois.	Sonde anglaise.
75	—	Homme 19 ans.	Perich.	4 ans.	Procédé Schroetter.
76	—	Homme 14 ans.	Chorditis vocalis hyper.	3 mois.	—
77	—	Homme 20 ans.	Perich. papillomata.	1 an.	Procédé Schroetter com- biné.
78	—	Homme 14 ans.	—	2 mois.	—

DURÉE du traitement.	RÉSULTATS		LA CANULE a-t-elle été retirée ?	OBSERVATIONS.
	dans la voix.	dans la respiration.		
2 mois 1/2.	Forte, mais voilée.	Facile.	Retirée.	—
3 mois.	—	—	—	Pas de récidive jusqu'au 26 juillet 1881.
4 mois.	Guérison.		Retirée.	
6 semaines.	Négatif.		Non.	
90 séances.	Négatif.		Non.	
4 semaines.	Négatif.		Non.	
6 semaines.	Forte, mais voilée.	Facile.	Retirée.	
4 semaines.	Voilée.	Normale.	Retirée.	
6 mois.	Forte, mais voilée.	Normale.	Non.	En traitement (août 1881).
?	—	Presque normale.	Retirée.	
4 mois.	Incomplet.		Non.	
2 mois 1/2.	Résultats entravés par la dilatation trop brusque.		Non.	

N°	NOM de l'auteur.	SEXE et âge des malades.	DIAGNOSTIC.	DÉBUT de la sténose.	PROCÉDÉ EMPLOYÉ.	DURÉE du traitement.
79	—	Femme 6 ans.	Laryng. chronic (papillomata).	1 an.	Procédé Schroetter.	3 semaines.
80	—	Homme 46 ans.	Perich. hyper.	Quelques semaines.	Procédé Schroetter et tubes à demeure.	1 mois.
81	—	Femme 21 ans.	Perich. cum indur.	2 ans.	Tube de Schroetter.	3 mois.
82	—	Homme 34 ans.	Perich.	2 ans.	—	2 semaines.
83	—	Femme 34 ans.	?	?	—	—
84	—	Homme 26 ans.	Perich. inetica.	Quelques années.	Bougies et sonde de Schroetter.	5 semaines.
85	SOKOTOWSKI. Medycyna 1881.	Homme 23 ans.	Perich.	2 ans.	Canules et baguettes de Schroetter.	3 mois.
86	HERING. (Obs. inédite).	Homme 24 ans.	Perich. crico-aryt. post typhum.	1880.	Procédé Schroetter.	3 semaines.
87	—	Homme 35 ans.	Perich. crico thy. ex lue.	1 an.	—	6 semaines.
88	—	Homme 38 ans.	Perich. cric. post typhum.	2 ans.	—	4 mois.
89	—	Homme 31 ans.	Perich. et necrosis dryt. inetica.	4 mois.	Application des sondes de Benicquet.	—
90	KIESELBACH. Deutsche Zeitschrift für Chir. (1880).	Femme 47 ans.	Perich. post typhum. (polype).	1878.	Extraction des polypes. — Méthode Schroetter, combinée avec une canule inventée par l'auteur (à soupape).	11 mois.

DURÉE du traitement.	RÉSULTATS		LA CANULE a-t-elle été retirée ?	OBSERVATIONS.
	dans la voix.	dans la respiration.		
3 semaines.	Après la fin du traitement et l'extraction de la canule, récidive nécessitant la trachéotomie. Pas d'autres renseignements.		Non.	
1 mois.	Guérison; canule retirée, puis récidive.		Non.	(Par lettre.)
3 mois.	—	Libre.	Non.	(En observation, 1884.)
2 semaines.	Sans succès (thyroéctomie).		Non.	
—	Pas de succès.		Non.	
5 semaines.	Amélioration, puis récidive.		Non.	(Par lettre.)
3 mois.	Peu d'amélioration.		Non.	
3 semaines.	Résultat négatif.		Non.	Emet la voix à l'aide des fausses cordes vocales.
6 semaines.	—	—	Non.	
4 mois.	Résultat négatif.		Non.	Ankylose aryt. duplex.
—	Grande amélioration.		Non.	
11 mois.	Rauque.	Libre.	Canule retirée.	La valvule, soulevée à l'aide d'une petite vis comprime la paroi postérieure de trachée.

N°	NOM de l'auteur.	SEXE et âge des malades.	DIAGNOSTIC.	DÉBUT de la sténose.	PROCÉDÉ EMPLOYÉ.	DURÉE du traitement.
91	STOERK K. Klinik der Krank heil des Kehlkopfes, 1880.	Homme 4 ans 1/2.	Sten. post typhum.	9 mois.	Bougies anglaises.	Quelques maines
92	MITSCHE. (Archives of laryngol. New- York, t. I, n° 11.)	Femme 35 ans.	Sten. luetica.	3 ans.	Sondes métalliques.	1/2 année
93	WEINLECHNER. Analyse dans le Wien med. Wochenschrift, (1878, n° 12.)	?	Perichandril, p. typhum.	?	Procédé de Frendelem- burg, modifié par Wein- lechner.	?
94	NAVRAUILL. Laryngol. Beitr., 1874.	Homme 22 ans.	Laryng. hypertr. chord. fals.	?	Dilatateur de l'auteur (à deux branches).	Quelques mines
95	ORTHEL. Monatschr. für Ohrenheilk. (1876, n° 3).	Homme 30 ans.	Perich. et necrosis post typhum.	2 mois.	Baguettes triangulaires en fer et dilatateur de l'auteur.	6 semaines
96	W. MAC N. WHISTLER. Archives of Laryngol logy, (t. I, n° 4.)	Femme 31 ans.	Stenosis luetica.	2 mois.	Dilatateur de l'auteur à trois branches.	4 mois.
97		Homme 33 ans.	—	Quelques mois.	Traitement spécifique et dilatateur comme au n° 96.	Près d'un
98	PARONA. Giorn. della r. Acad. di med. di Forino (1879).	Femme 52 ans.	Perich. hyperplastica.	6 mois.	Bougies élastiques et di- latateur de Weiss.	5 mois.
99	STOERK. Wien med. Wochenschr. (1879, n° 46).	Homme 7 ans.	Stenosis p. diphthérit.	3 ans.	Opéré par l'instrument tranchant; dilatateur de l'auteur introduit par l'ouverture trachéoto- mique.	Quelques maines.
100	BRAUN. Central Blatt für Chirurgie (1880, n° 54).	Femme 30 ans.	Stenosis ex-compressione (struma).	1877.	Thyréotomie, dilatation par la laminaire, ensuite ballons en caoutchouc de l'auteur.	1877.

DURÉE du traitement.	RÉSULTATS		LA CANULE a-t-elle été retirée ?	OBSERVATIONS.
	dans la voix.	dans la respiration.		
Quelques se- maines.	?	Libre.	Canule retirée.	
1/2 année.	Rauque.	Libre.	—	
?	Guéri.		—	Baguettes de caoutchouc.
Quelques se- maines.	—	Amélioration.	Non.	
6 semaines.	Forte.	Libre.	Non.	
4 mois.	Forte, mais voilée.	Libre.	—	
Près d'un an.	Guérison complète.		Canule retirée après un an.	
3 mois.	—	Facile.	Canule retirée.	Communication du pro- fesseur Labus, de Mi- lan.
Quelques se- maines.	Normale.	—	—	Sorti de l'hôpital portant un dilateur.
1877.	Voilée, mais distincte.	Libre.	Canule retirée.	Ballons introduits par l'ouverture trachéoto- mique et gonflés par l'air atmosphérique.

## ANALYSES.

**De l'asthme dans les maladies du nez** (*Asthma from nasal disease*), par J.-C. MULHALL, médecin des maladies de la gorge, au Collège médical de Saint-Louis.

William Overy, âgé de 42 ans, cultivateur, entra à l'hôpital le 27 novembre 1881, se plaignant d'un asthme. Son histoire est la suivante :

En décembre 1880, sans avoir pris froid, la respiration nasale devint graduellement gênée, et, à la fin du même mois, il souffrit d'une dyspnée spasmodique intense. Cette dyspnée survenait la nuit et s'accompagnait de toux<sup>f</sup> et d'une expectoration aérée, spumeuse, continue.

Ces accidents affaiblirent bien vite le malade. Un traitement institué par un médecin du voisinage ne l'avait amélioré en rien. Vers le mois de mai 1881, cependant, il faut noter que la respiration nasale était devenue plus libre, qu'elle fut même complètement libre à la fin du mois. L'asthme et la toux, à cette époque, allaient ensemble vers l'amélioration.

Au mois de septembre suivant, les mêmes symptômes reprennent avec ceci en plus, à savoir que pendant un accès il était impossible au malade d'uriner, — ce qui durait à chaque fois 50 minutes. Les médecins consultés, — et cette fois ils étaient de Saint-Louis même, — ont employé toutes les médications les plus variées sans procurer un soulagement apparent au malade. Celui-ci dépérit et devint très faible. Ses épaules étaient relevées, ses yeux injectés et hagards ; il avait la face pâle et anxieuse. Dans les 2/3 inférieurs de la poitrine, l'inspiration affaiblie s'accompagnait de râles sibilants et de râles muqueux moyens. Ces mêmes signes existaient dans le 1/3 supérieur, mais à un moindre degré. La toux était devenue faible, l'expectoration difficile et les crachats avaient pris un aspect muco-purulent. Le larynx et le pharynx présentaient une légère congestion ; les oreilles étaient saines.

L'examen du nez fit découvrir un polype mou, — comme gélatineux, — qui obstruait les deux narines à l'exception du 1/3 postérieur. La respiration nasale était complètement abolie.

La semaine suivante, — le 4 décembre, — Mulhall enlevait, avec le polypotome de Jarni, 7 polypes mous et cautérisait l'insertion des pédicules avec une solution d'acide chromique, afin de prévenir la récurrence. La respiration nasale était rétablie.

Le jour suivant, le malade raconta que la douleur du nez l'avait empêché de dormir jusqu'à 2 heures du matin, mais que depuis cette heure jusqu'à 6 h. 30. il n'avait jamais reposé d'un sommeil plus profond depuis le mois de septembre. Il ressentit un soulagement considérable. Sa poitrine se dilatait largement. La miction des urines était facile, la toux moins fréquente, l'appétit rétabli, la dyspnée disparue.

Il suffit d'ajouter qu'après 7 semaines le malade avait engraisé de 30 livres. La toux avait cessé 3 semaines après l'opération et aucun accès d'asthme n'était reparu.

Le 2 mars 1882, cependant, le malade revint pour ces mêmes symptômes. L'auteur découvrit et enleva un polype de la grosseur d'une fève. Cette opération suffit à le rétablir complètement.

Un point intéressant de cette histoire est la disparition complète des malaises pendant l'été de 1881, en dehors même de toute intervention médicale. Ce qui peut s'expliquer par ces raisons : la paroi des polypes était très mince, le contenu demi-fluide et l'été de cette année exceptionnellement chaud et sec à Saint-Louis. Le thermomètre marquait fréquemment 100 degré Fahrenheit à l'ombre.

Le fait qu'aucun des médecins consultés ne pensa à rapporter la cause de l'asthme à l'affection du nez prouverait que c'est là une chose bien peu connue.

Dans son mémoire sur ce sujet, B. Fraenkel en rapporte 12 observations dont 6 personnelles, Voltolini en a publié 2, Hainsels 3, Schaffer 1. Le Dr Tood, de Saint-Louis, en a observé un cas, et dans son mémoire il rapporte brièvement

celui que le Dr Spencer, de Saint-Louis, a présenté à la réunion de la Société médico-chirurgicale de Saint-Louis.

Il est bon de dire, — et c'est à leur honneur, — que toutes ces observations ont été faites par des médecins spécialistes.

A l'exception d'un cas, les polypes étaient toujours muqueux et, deux fois, ils occupaient une seule narine. L'exception notée par Fraenkel était un simple catarrhe avec hypertrophie de la muqueuse. La guérison de l'asthme avait suivi celle du catarrhe. Fraenkel ajoute, — en s'appuyant de l'opinion de Schaffer, — que c'est là encore une cause fréquente de l'asthme.

C'est Voltolini qui le premier a indiqué la corrélation qui existe entre les affections du nez et l'asthme. — Elle n'existe pas chez l'enfant.

L'asthme dont la cause ne serait pas une irritation portant sur l'arbre bronchique a été souvent décrit.

Hyde Salter en cite des exemples où la cause était la constipation, des affections utérines, une indigestion. Il parle même d'un cas dans lequel l'eau froide lancée sur le cou-de-pied produisait à chaque fois un accès d'asthme.

Le Dr Potter rapporte une observation d'ablation d'un polype de la voûte du pharynx qui guérit un asthme; et un autre cas non moins heureux d'ablation d'amygdale, contenant un calcul, suivi aussi de guérison des crises.

Johann Muller a depuis longtemps formulé cette loi que les nerfs de l'appareil respiratoire peuvent être influencés par une cause siégeant dans un point quelconque du corps, recouvert d'une muqueuse.

Depuis, Schiff et Paul Bert ont montré que l'irritation thermique, chimique ou mécanique des fosses nasales produit souvent des troubles dans la respiration et dans la circulation.

Dans la pratique, dit l'auteur, chacun de nous a pu noter que des manœuvres portant sur les narines provoquent souvent de la toux. Il a vu un malade chez lequel l'exploration de la narine droite causait de l'éternuement, et celle de la narine gauche de la toux, et cela d'une manière invariable.

Le polype nasal, agissant comme un corps étranger, irrite

la muqueuse, et c'est là le point de départ d'un réflexe qui aboutit au spasme des muscles bronchiques.

Dans la présente observation, le petit polype de la grosseur d'une fève ne produisait pas la dyspnée pendant l'état de veille, mais bien pendant le sommeil. Sa femme racontait ces crises à son mari qui d'ailleurs, le matin, s'apercevait bien de ces malaises par la sécheresse de sa gorge et de ses narines.

Comment un si petit polype est-il la cause de cette dyspnée survenant pendant le sommeil ? Ceci s'explique autrement.

La cinquième paire est irritée par le polype ; de là, contraction des muscles tenseurs du voile du palais et oblitération des orifices naso-pharyngiens. Le malade est alors forcé de respirer par la bouche. Pendant la veille, les centres volontaires préviennent les crises, — mais, durant le sommeil, alors que les mouvements réflexes sont si libres de se produire, les phénomènes de dyspnée ont lieu.

L'auteur conclut que dans tous les cas d'asthme il faut procéder à l'examen du nez et traiter efficacement tout ce qui peut être une cause d'obstruction des narines.

Il n'a pas parlé des asthmes produits par les odeurs du foin, des fleurs, par l'ipéca, les animalcules, mais il pose cette interrogation : « Ne peut-il pas se faire que, dans tous ces cas, le point de départ du spasme bronchique soit dans le nez ? »

RATTEL.

---

**De l'ablation des polypes muqueux des fosses nasales avec le serre-nœud de Zaufal**, à propos de deux cas où furent enlevés, dans le premier, 79, dans le second, 58 polypes ou morceaux de polypes, par le D<sup>r</sup> NOQUET.

L'auteur, à l'occasion de deux malades, chez lesquels il a enlevé un grand nombre de polypes muqueux des fosses nasales, a cru devoir insister sur le mode opératoire dont il s'est servi.

L'instrument employé était le serre-nœud de Zaufal, décrit pour la première fois en 1877, préconisé plus tard par

Victor Lange (1880). Le but qu'il atteint est l'emploi exclusif de l'anse métallique froide dans l'ablation des polypes nasaux. « Ce serre-nœud, dit l'auteur, me paraît de beaucoup supérieur à la plupart des instruments analogues, et surtout à celui de Wilde. Il est très facile à manier. La main qui le tient ne se trouve ni en pronation, ni en supination forcées, et conserve, par cela même, toute son adresse.

« Pour procéder à l'opération, il faut faire asseoir le malade, en face de soi, sur une chaise. On lui noue une longue serviette autour du cou. Puis, à l'aide du miroir à lunettes, on dirige, dans le spéculum nasi, convenablement placé, et convenablement ouvert, un faisceau lumineux. Les polypes muqueux étant libres à leur extrémité inférieure et sur les côtés, il est assez facile de faire glisser, de bas en haut, l'anse du serre-nœud. La section n'est nullement douloureuse; mais l'hémorragie est assez abondante. Cette hémorragie ne permet guère d'enlever de chaque côté, dans une séance, plus de deux ou trois polypes. »

Dans la première observation, 79 polypes ou morceaux de polypes ont été enlevés successivement. Ces productions, tassées les unes contre les autres, s'inséraient toutes sur la paroi supérieure des fosses nasales, depuis l'ouverture antérieure jusqu'à l'ouverture postérieure. Les plus profondes se laissèrent difficilement sectionner; la plupart même furent enlevées par arrachement.

Au moment où les polypes de la partie moyenne de la fosse nasale droite furent sectionnés, le malade, — fait remarquable, — perçut une odeur de fumée de bois. Ce phénomène, — qu'un badigeonnage de la même région avec une solution de chlorure de zinc faisait disparaître, — s'explique par l'excitation du nerf olfactif qui donne lieu à une odeur, comme l'excitation du nerf optique ou du nerf acoustique occasionne une perception lumineuse ou auditive.

Une otite moyenne suppurée gauche, dont se plaignait le malade depuis quinze jours, guérit bientôt après l'opération.

La deuxième observation se rapproche de la précédente. Un malade, dans la force de l'âge, avait depuis cinq ans les

narines complètement obstruées par des myxomes. On n'était pas parvenu à les arracher, ni à les faire disparaître par des badigeonnages iodés et autres. Il fut décidé alors d'employer le serre-nœud de Zaufal. Après 13 séances, durant lesquelles 58 polypes furent enlevés, le malade guérit.

L'auteur conclut que cette méthode est supérieure à l'arrachement pratiqué à l'aveugle, qu'elle est moins douloureuse et qu'elle permet de débarrasser complètement les fosses nasales des polypes muqueux qu'elles renferment.

Il ajoute qu'après l'ablation il faut avoir soin de cautériser les points d'insertion des pédicules, à plusieurs reprises, avec une solution concentrée de chlorure de zinc.

Quant à l'anse galvanique, que Thudicum, en Angleterre, Voltolini, en Allemagne, et d'autres après eux ont employée, il serait bon de n'y avoir recours que pour l'ablation des polypes fibreux, volumineux. C'est aussi l'avis de Zaufal.

RATTEL.

---

**Sur l'hémorragie et l'inflammation hémorragique du labyrinthe chez l'enfant, par le professeur Dr Auguste LUCÉ, de Berlin. (Virchow's Archiv., tome LXXXVIII, 1882.)**

La partie la plus importante de ce travail est la relation d'un cas de maladie de Ménière, d'origine non traumatique, et dont l'auteur a réussi à découvrir le mécanisme.

Un enfant de trois ans et demi devint subitement sourd au moment où il commençait à se remettre d'une méningite légère. Pendant trois jours il s'était plaint seulement d'un bruyant bourdonnement d'oreille. La voix était également fort altérée, mais aucuns symptômes généraux n'accompagnaient ces phénomènes.

Un mois plus tard, une nouvelle attaque de méningite emporta le malade au bout de deux septénaires.

L'autopsie fut accordée, mais avec la restriction de ne pas s'étendre au delà de la tête.

On trouva des tubercules dans les scissures de Sylvius et

sur le vermis supérieur du cervelet. L'épendyme des ventricules latéraux était traversé par de nombreux petits vaisseaux qui, au niveau de la voûte, présentaient des épanchements hémorragiques.

En détachant la dure-mère des rochers, on constata, sur les deux os, des arborisations rouges au voisinage des canaux semi-circulaires postérieurs et supérieurs. On en conclut que ces canaux avaient dû être le siège d'une hémorragie. Cette supposition fut confirmée, car on trouva les canaux osseux, surtout les postérieurs et les supérieurs, remplis de caillots et de sang liquide. Il y avait aussi du sang, mais en moindre quantité, dans les canaux extérieurs et dans les vestibules; le limaçon en renfermait très peu. Au microscope on apercevait des groupes de globules sanguins pressés les uns contre les autres. Aux points où les globules étaient moins nombreux, il y avait des cellules de lymphes et de pus. Les mêmes altérations, mais à un degré moins prononcé, existaient dans les canaux membraneux et dans les sacculles.

La cause de cette hémorragie paraissait être la méningite, mais on ne pouvait rien trouver qui pût indiquer comment l'inflammation s'était propagée vers l'oreille. J'avais déjà renoncé à trouver la solution de ce problème lorsque je fus rendu attentif sur un détail qui m'avait échappé. En détachant la dure-mère du rocher, on vit un prolongement de cette membrane, assez épais, rouge et très vasculaire, pénétrer dans l'os au-dessous du canal demi-circulaire supérieur. En brisant l'os avec précaution en ce point, on put suivre la continuation de ce prolongement dans le corps du rocher, où il émettait des ramifications très nombreuses et rouges.

Soupçonnant que ce devait être la voie suivie par l'inflammation pour se propager dans l'oreille, je soumis les os à une préparation convenable, et j'examinai le tissu osseux qui entourait les canaux postérieurs et supérieurs. Il était d'une richesse vasculaire extraordinaire et ses espaces médullaires étaient remarquables par leurs grandes dimensions. Au premier abord, on crut que ces espaces étaient incrustés d'extravasations sanguines, mais en regardant plus attenti-

vement, on reconnut que la coloration rouge était due aux cellules médullaires et à de nombreux corpuscules sanguins. En se rapprochant des canaux, on trouva aussi des cellules de lymphe et de pus : l'état inflammatoire devenait de plus en plus manifeste, surtout à gauche.

Il ne saurait donc pour moi y avoir de doute que, dans le cas en question, il s'agit d'une inflammation qui s'est propagée du cerveau vers le tissu osseux du rocher ; de là, elle s'est étendue aux vaisseaux qui relient les espaces médullaires à la paroi interne des canaux demi-circulaires ; et, finalement, elle a produit dans les canaux mêmes ce qu'on appelle une hémorragie inflammatoire, c'est-à-dire une hémorragie dont on ne saurait dire si elle est la cause ou la conséquence de l'inflammation.

CH. B.

---

**Audition double provoquée par l'iodure de potassium,**  
par le Dr S. Moos, de Heidelberg. (*Archives of Otology*,  
vol. XI, n° 1, 1882.)

Le malade, âgé de 40 ans, souffrait depuis longtemps d'un « asthme nerveux ». Son médecin lui prescrivit de l'iodure de potassium à la dose de 10 grains (0 gr. 50) par jour. Le douzième jour environ, le malade omit de prendre le médicament, par suite de divers inconvénients qui se produisirent : ozène très prononcé, diminution de l'appétit, démangeaisons aux bras et aux jambes. En même temps, il sentait que son oreille gauche était engourdie ; et, s'étant mis au piano, il s'aperçut qu'il entendait double. Le *ré* moyen de l'instrument était resté presque pur ; mais le *do*, le *si*, le *la* et le *sol* de la même octave étaient entendus doublés d'une note plus haute d'un demi ton. Les autres notes étaient perçues comme d'ordinaire.

Le lendemain, le malade se présentait chez moi avec une éruption iodique intense aux épaules et aux membres, un violent coryza et un larmolement considérable. Rien d'anormal dans l'oreille.

Je me suis borné à lui conseiller de suspendre complète-

ment l'iodure de potassium. La diplacousie dura encore quelques jours, puis elle disparut entièrement.

Je pense que, par suite du traitement iodique prolongé, de petites pétéchies se sont produites dans la zone pectinée en même temps que l'exanthème de la peau, et que la tension anormale qui en résulta a été la cause de la diplacousie.

CH. B.

---

**Un cas de diplacousie, par le Dr STEINBRUGGE, de Heidelberg. (*Archives of Otology*, vol. XI, n° 1, 1882.)**

Cette observation n'offre rien de nouveau par elle-même ; mais elle est intéressante grâce à cette particularité, que le malade dont il s'agit était bon musicien, ce qui donne aux symptômes observés une grande valeur sous le rapport de l'exactitude.

Le malade est âgé de cinquante-deux ans. Il a souffert depuis son enfance d'une otorrhée purulente, qui n'a disparu que depuis quelques années. Il était complètement sourd de l'oreille gauche ; à droite, l'ouïe n'était qu'affaiblie.

Un soir, en chantant, il s'aperçut qu'il entendait un duo. En même temps que les sons qu'il émettait, il entendait leurs tierces supérieures. A la même époque, il était incommodé par des bruits subjectifs, et éprouvait de fréquents vertiges pendant lesquels il chancelait comme un homme ivre. Il attribuait aux vertiges une origine stomacale, parce qu'ils étaient accompagnés d'éruptions et parfois de vomissements.

Quelque temps après, sa perception des sons redevint normale, et le vertige disparut complètement.

L'examen de l'oreille gauche révéla une perforation au centre de la membrane du tympan, vers laquelle l'extrémité du manche du marteau était projetée. Le reste de la membrane était épaissi et d'une teinte rouge grisâtre. On ne remarquait pas d'écoulement, et si un flux otorrhéique existait, il devait être très peu abondant. L'oreille droite ne put être convenablement examinée ; elle était bouchée par une accu-

mulation de cérumen solide, que le malade ne voulait pas laisser retirer. On pouvait néanmoins apercevoir une cicatrice à la partie postérieure du tympan et une concrétion calcaire à sa partie antérieure.

Audition de la voix : à droite, 1<sup>m</sup> à 1<sup>m</sup>,50 ; à gauche, 0. Pour la montre : à droite, 0<sup>m</sup>,02 ; à gauche, 0.

Le diapason *do* est entendu seulement à droite.

Conclusions. L'oreille gauche était complètement insensible à la transmission par l'air ou par les os. Dans l'oreille droite, l'aggravation momentanée de la surdité était due à la contraction catarrhale des trompes d'Eustache, occasionnée par un catarrhe naso-pharyngien chronique ; car l'entrée de l'air améliora aussitôt l'ouïe d'une manière notable. Ce dernier fait prouve que le labyrinthe droit était sain.

La théorie d'Helmholtz permet d'expliquer les diverses phases que ce cas a présentées :

Le labyrinthe du côté gauche était atteint d'une inflammation intéressant à la fois le limaçon et la région où se distribue le rameau vestibulaire. Le processus inflammatoire dans le limaçon produisit un abaissement de son symétrique sur une grande portion de la zone pectinée. De sorte que chaque fois qu'un son était émis, il mettait en vibration une fibre accordée de trois sons plus bas que la fibre correspondante de l'oreille droite. De là la tierce supérieure que le malade entendait en même temps que la tonique. Plus tard, la zone pectinée ou corps de Corti subit une altération plus grande, ce qui rendit les sons tout à fait discordants.

Les bruits avaient évidemment pour cause l'irritation du rameau nerveux du limaçon gauche.

L'excitation inflammatoire du rameau vestibulaire se traduisait par du vertige, des éructations et des vomissements.

Quant à l'amélioration apparente de l'ouïe, elle est résultée, suivant toute vraisemblance, de la destruction de la conductibilité auditive du nerf acoustique gauche, ou de ses rameaux, par quelque inflammation chronique.

CH. BAUMFELD.

**Empoisonnement par quelques gouttes d'atropine instillées dans l'oreille externe saine**, par le Dr H. KNAPP  
(*Archives of Otology*, vol. XI, n° 1, 1882.)

Une femme, âgée de 25 ans, est venue me consulter pour une douleur très vive qu'elle éprouvait à l'oreille droite. Ayant trouvé que les souffrances étaient hors de proportion avec le léger catarrhe auriculaire dont la malade était affectée, j'ordonnai d'instiller dans l'oreille, deux ou trois fois par jour, une solution de sulfate d'atropine à un 1/2 0/0. Le premier jour, elle s'appliqua quelques gouttes de la solution chauffée; sa douleur diminua, sans qu'elle fût incommodée par aucun symptôme secondaire. Le lendemain, à 8 heures du matin, elle s'instilla quatre gouttes et se mit un peu d'ouate dans l'oreille. La douleur cessa et tout alla bien, lorsqu'à midi ses doigts enflèrent et devinrent rigides; sa face était vultueuse, ses yeux boursoufflés; la gorge était très sèche, la lèvre inférieure gonflée et pendante, le cœur battait avec violence; en même temps, la malade éprouvait une chaleur intense.

Les symptômes allèrent en s'aggravant jusqu'à 5 heures, puis ils diminuèrent et vers les 6 heures tout rentra dans l'ordre, et lorsque je vis la malade le lendemain, je la trouvai dans le même état qu'auparavant.

Comme l'atropine paraissait la soulager, je lui dis de diluer la solution, et de s'instiller deux gouttes, si la douleur revenait. Elle suivit exactement la recommandation, et il n'y eut plus d'effets toxiques. La douleur disparut graduellement.

L'absorption de l'atropine a dû ici s'effectuer à travers la peau saine, peut-être par les glandes sudoripares, car le conduit auditif n'a présenté ni ulcère ni excoriation.

CH. BAUMFELD.

**Inflammation aiguë de l'oreille moyenne**, par EUGÈNE HOLT  
M. D. (Portland. — Maine).

La gravité relative de l'otite moyenne, qu'elle soit suivie ou non d'écoulement, l'importance de l'appréciation exacte

des lésions, la marche particulière de la maladie font que ce sujet intéressera toujours beaucoup les médecins.

Les praticiens, dit M. Holt, pensent souvent que les maladies aiguës de l'oreille sont rares pour cette seule raison qu'ils ne sont pas appelés fréquemment à les traiter. Les malades, de leur côté, s'imaginent que les affections de l'oreille sont incurables, car le médecin jusque-là les a rarement soulagés. De telle sorte qu'ils restent très indifférents et qu'ils laissent leurs maladies s'invétérer et s'aggraver.

Sauf les statistiques des cliniques spéciales, il n'y en a guère qui indiquent la fréquence de ces maladies, qu'elles soient simples ou qu'elles se présentent dans le cours d'affections intéressant d'autres organes. Holt pense que rien ne serait cependant si profitable à l'otologie que les statistiques des maladies aiguës de l'oreille. Le médecin ordinaire lui-même serait aussi intéressé à les faire que le spécialiste, car, dans ces recherches, ne trouverait-il pas un moyen d'étendre le champ de ses connaissances et d'agrandir sa sphère d'action ?

En 1877, Holt avait dressé un tableau dans le but d'établir, par des statistiques, la fréquence des neuf maladies d'oreille les plus fréquentes, et ce tableau était disposé de façon à comprendre tous les cas qui se présenteraient dans l'intervalle de 6 mois, de novembre à avril. La disposition en était si simple qu'il suffisait de répondre à un questionnaire sans faire intervenir l'otoscope ou le spéculum. Cinq cents exemplaires furent envoyés à des médecins dont la clientèle était étendue et faisait partie de la société médicale de la région où ils exerçaient. Le résultat ne fut pas satisfaisant.

Holt n'atteignit pas le but qu'il s'était proposé, mais au moins a-t-il réussi à attirer l'attention sur la fréquence des maladies indiquées dans son tableau. Les vieux médecins se désintéressent de ces questions, mais les jeunes qui viennent de quitter les écoles et les cliniques seraient inexcusables de ne pas s'habituer à prendre avec méthode les observations des cas dans lesquels ils interviennent.

Le temps n'est sans doute pas loin où ces feuilles seront remplies par les médecins éminents. Dans tous les cas, pour

conquérir la confiance des malades, on fera bien, plutôt que de se borner à forger des mots techniques, d'observer de nouveaux faits, d'établir les lois qui les régissent, de faire, enfin, toutes sortes de recherches, en s'appliquant de préférence à l'étude du malade lui-même.

Un fait évident, c'est que la plupart des maladies chroniques ont d'abord passé par l'état aigu ; les maladies de l'oreille ne font pas exception à cette loi. Et l'on ne peut assez répéter combien il est important d'observer les maladies aiguës de l'oreille dans le but de les empêcher de passer à l'état chronique. Toutes les statistiques sont éloquentes à ce sujet, car elles démontrent que les  $\frac{4}{5}$  des malades que l'on a à soigner souffrent d'affections chroniques de l'oreille.

Sur 1,000 cas pris dans sa clientèle privée, Holt trouve 92 cas d'affections aiguës ou subaiguës de l'oreille moyenne. Il remarque qu'en prenant l'anatomie pathologique pour base de classification, il n'est pas toujours facile d'établir à quelle division certains cas appartiennent. Alors il se conforme à la règle suivante :

Dans les maladies aiguës, il range les cas d'inflammation récente de l'oreille moyenne, accompagnée de douleur, de surdité, etc... sans écoulement apparent ;

Dans les maladies subaiguës, les cas où l'on observe de la surdité avec une sensation de plénitude, de bourdonnements et plus ou moins de douleur sans écoulement visible ;

Enfin, dans les maladies aiguës avec suppuration, les cas dans lesquels on rencontre les signes indiqués plus haut accompagnés, de plus, d'écoulement par l'orifice externe du conduit auditif.

Parmi les cas des catarrhes aigus et subaigus qu'il a observés, le malade le plus âgé avait 50 ans et le plus jeune 2 ans ; parmi ceux d'inflammation avec suppuration, le plus âgé 81 ans et le plus jeune 2 mois.

Les causes les plus fréquentes seraient, pour les cas aigus et subaigus sans écoulement, le froid, pour les cas avec suppuration, la scarlatine, les bains, la fièvre typhoïde, la rougeole.

La durée moyenne serait de 6 à 15 jours.

RATTEL.

**Nouveau traitement de l'otite chronique avec écoulement** (*The new method of treatment of chronic otitis with discharge*), par CHARLES TODD, de Saint-Louis.

Le traitement de l'otite chronique avec écoulement, de l'otorrhée ou de l'otite purulente, est toujours long et ennuyeux, car les remèdes présents sont incertains dans leurs effets. Ce traitement se résume d'ordinaire en injections et en instillations de solutions diverses. L'énumération des solutions astringentes, altérantes, stimulantes et caustiques, serait longue, et il faudrait ajouter l'insufflation de toutes les poudres de la matière médicale. Aussi l'auteur ne s'attardera pas à énumérer la série des méthodes curatives habituellement employées comme traitement de l'otite avec écoulement.

Mécontent des résultats obtenus en suivant les formules indiquées dans les livres, étonné des brillants succès de la méthode antiseptique dans la grande chirurgie, Todd eut l'idée, il y a plusieurs années, d'employer les solutions de borate de soude dans l'otorrhée. Le Dr Predenik Bezold, de Munich, séduit aussi par les succès de Lister, publia un mémoire d'une réelle valeur in *Archiv fur Ohrenheilkunde*, du 13 juin 1879, sur le traitement antiseptique des suppurations de l'oreille moyenne. Comme Todd, le Dr Bezold fit d'abord usage des antiseptiques sous forme de solutions ; mais il ne tarda pas à reconnaître que la poudre sèche était plus convenable. Bezold emploie l'acide borique, mais Todd préfère le borate de soude, et voici pourquoi : le borate de soude est une base alcaline qui neutralisera les acides résultant de la décomposition des liquides sécrétés ; mais comme il se présente naturellement sous la forme d'une poudre, il est supérieur à l'acide borique qui, lui, est constitué par des cristaux. L'acide borique peut obstruer l'oreille, mais le borate de soude est d'une solubilité si grande, qu'il ne peut pas donner lieu à ce sérieux accident. Todd commence ce traitement par un 1<sup>er</sup> pansement avec du coton hydrophile ou ordinaire, et ne s'explique pas pourquoi Bezold commence par une injection faite avec une solution concentrée d'acide borique.

A la dernière réunion de la Société américaine d'otologie, en juillet 1881, le Dr Theobald, de Baltimore, lut un mémoire sur le traitement de l'otite suppurée par l'acide borique et l'oxyde de zinc. En mai 1880, devant l'Association médicale de l'état de Missouri, Todd avait déjà exposé ses vues sur la meilleure méthode de traiter la plus importante classe des maladies de l'oreille. Son mémoire était intitulé : *Traitement des écoulements de l'oreille par la méthode sèche*. Il fut publié dans le journal : les *Transactions*, de 1880.

Le but principal du traitement, y disait-il, est de diminuer l'écoulement de l'oreille ; c'est ce que l'on s'efforce de faire, d'ordinaire, par les injections qui pénètrent aussi loin que possible. Mais l'inflammation de la muqueuse de la caisse du tympan peut s'étendre à celle des cellules mastoïdiennes et des conduits voisins. De plus, cette muqueuse est congestionnée, épaissie, et plus ou moins oedématisée en certains points, de telle sorte que, grâce à cette tendance qu'elle a à s'étendre, cette inflammation pourra gagner des points où elle se retranchera, et d'où il sera difficile de la déloger. L'usage de injections et des solutions facilite cette extension inflammatoire, et, d'ailleurs, l'humidité de l'oreille empêche l'action des médicaments, neutralise leurs effets.

Conformément à sa méthode, le Dr Todd dit que toute application liquide doit être soigneusement rejetée. L'oreille ne doit pas être lavée, l'écoulement doit être attaqué par le coton absorbant que l'on introduit avec une sonde, et autant de fois qu'il le faut pour sécher le conduit. La poudre, prescrite plus haut, doit être insufflée légèrement dans le conduit auditif, de façon à pénétrer aussi loin que possible, et à recouvrir les points enflammés.

Une douche d'air, par la trompe, peut, avant l'application de la poudre, permettre de vider la caisse, si toutefois il y a une perforation de la membrane du tympan. Alors le pus qui a passé dans le conduit auditif est repris avec du coton. Si la trompe n'était pas perméable, par l'introduction d'un tube en caoutchouc dans le conduit auditif, et en aspirant légèrement, on arriverait au même résultat.

Le choix de la poudre peut varier. Pendant un moment,

Todd fit un usage exclusif du borate de soude. Pourtant, dans l'otite externe, quand l'inflammation est limitée au conduit, un simple absorbant, tel que la poudre de talc ou l'oxyde de zinc suffit. S'il faut exercer une action astringente, on prendra l'alun ou le tannin. Mais toutes ces poudres finissent par obstruer le conduit ; il n'en est pas de même du borate de soude. Dans le cas d'otorrhée de cause tuberculeuse, on arrive à diminuer seulement l'écoulement sans le faire disparaître.

L'éminent auriste, le docteur H.-N. Spencer, de Saint-Louis, convaincu de l'importance du traitement par la méthode sèche, publia en juillet 1880, dans le *Journal américain d'otologie*, un mémoire sur ce sujet : *Le traitement sec des suppurations de l'oreille moyenne*. Pour lui, comme pour Todd, la méthode humide, consistant en injections et dans l'usage de solutions médicamenteuses, doit, dans le traitement des écoulements de l'oreille, céder la place au traitement sec qui est bien plus simple, bien plus facile à employer, et en même temps bien plus efficace dans la plupart des cas. RATTEL.

---

**Tympan artificiel liquide et nouveau traitement de l'otorrhée chronique** (*Ein flüssiges künstliches Trommelfell und eine neue Behandlungsweise chronischer Otorrhœen*) par J. MICHAEL. (Ext. de la *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1882, n° 8.)

Frappé des inconvénients des tympan artificiels solides dont l'application ne peut être supportée en général que peu d'instant, l'auteur persuadé de l'amélioration momentanée de l'ouïe dans l'hypothèse de la pression exercée sur la chaîne des osselets, a imaginé le procédé suivant : il s'est tout d'abord assuré que la glycérine versée en premier lieu dans un tube étroit et le collodion qu'on y faisait couler en dernier lieu ne se mélangeaient pas, et que la dernière substance formait bientôt une pellicule à la surface de section du tube. Puis, ayant à traiter un jeune homme porteur d'une perforation des deux tympan, n'entendant

presque rien, il lui instilla dans les conduits auditifs de la glycérine pure en s'assurant que pendant ce temps l'ouïe s'améliorait et en prenant ses précautions pour ne pas dépasser le nombre de gouttes correspondant à l'acuité auditive maxima ainsi obtenue. Puis il lui fit une instillation de collodion élastique, et lui recommanda de garder la tête un peu inclinée du côté opposé à l'oreille malade. Au bout de quelques instants, il s'était formé une membrane obturatrice artificielle. Il parvint à faire conserver cette membrane intacte à son malade pendant une semaine entière.

L'amélioration de l'ouïe était telle que le malade entendait les voix chuchoter à 15 pieds et le tic-tac de la montre à 50 centimètres.

L'idée d'appliquer ce moyen lui était venu à l'esprit en observant comme l'avaient déjà fait Trœltzsch et Toynbee que beaucoup de malades atteints de perforation tympanique entendent mieux après qu'on leur a pratiqué des injections dans l'oreille.

L'auteur a également employé la glycérine unie au tannin ou à l'alun pour le traitement des otorrhées chroniques rebelles, en pratiquant en même temps l'occlusion du conduit. S'il se produisait une accumulation de pus en arrière de cet obturateur, celui-ci ne tarderait pas à céder. Les bons effets que l'auteur a retirés de sa méthode lui paraissent dus à ce qu'il réalise l'occlusion de la cavité tympanique pendant un temps assez prolongé, tout en maintenant les parties malades en contact avec un médicament astringent dissous dans un véhicule bien supporté.

C. KUHF.

---

**Traitement rationnel de l'otorrhée ou de la suppuration de l'oreille moyenne avec perforation** (*Rational therapeutics in purulent otorrhea, or perforating suppuration of the middle ear*), par P. POLLAK, de Saint-Louis.

L'otorrhée est certainement une des affections les plus rebelles et, malheureusement, le médecin n'est appelé à intervenir que quand l'affection est déjà très ancienne et que des

lésions sérieuses se sont produites. Son siège principal est la caisse du tympan, quelquefois aussi les cellules mastoïdiennes et la trompe d'Eustache. Avant l'invention de l'otoscope, on ne pouvait voir la membrane du tympan ni la caisse; mais aujourd'hui, on peut étudier, au point de vue physiologique comme au point de vue pathologique, le conduit auditif, la membrane du tympan, les osselets et, s'il y a perforation, l'oreille moyenne elle-même.

L'eau a, de tout temps, été considérée comme la première chose à employer dans le traitement de l'otorrhée; aujourd'hui encore, on la considère comme absolument indispensable. Elle sert à nettoyer le conduit et à en rendre possible l'examen. Par elle, on enlève les corps étrangers, le pus, les substances fétides et septiques, on nettoie les surfaces, les cavités et les tissus; — mais, on ne les guérit pas.

L'oreille est le siège privilégié des proto-organismes. Lœwenberg et Pasteur ont montré combien était énorme la quantité de micrococcus dans le furoncle du conduit auditif (*Progrès médical*). Dans l'otorrhée, on trouve toujours aussi un plus ou moins grand nombre de micrococcus; c'est alors la bactérie sphérique que l'on observe. — Ces proto-organismes entrent pour une large part dans la production des complications à distance: méningites, phlébites, pyémie, septicémie sans lésions apparentes, etc. Il est prouvé que les schizophytes pénètrent à travers les lymphatiques et les vaisseaux sanguins et vont produire dans les poumons des accidents métastatiques.

Puisqu'il est établi que les schizomicètes se reproduisent dans l'otorrhée purulente avec perforation, il sera donc rationnel d'indiquer un *traitement antiseptique*.

Dans les *cas aigus*, le traitement antiseptique aura pour but de prévenir la production rapide des bactéries et, partant, d'éviter la putréfaction des liquides sécrétés. L'auteur prescrit alors une douche tiède avec un syphon ou des instillations d'eau chaude toutes les quelques minutes, des applications de sangsues, l'insufflation d'eau par la méthode de Politzer ou de Valsalva et la paracentèse de la membrane du tympan pour diminuer la tension, la douleur, et désinfecter

la caisse. Immédiatement après, le conduit auditif est rempli d'acide borique pulvérisé. Si les opiacés sont indiqués, quelques gouttes d'une solution d'atropine au centième amènent un prompt soulagement.

Dans l'*otorrhée chronique*, les antiseptiques sont bien justifiés.

Depuis 1879, Friedrich Bezold, de Munich, fait des insufflations d'acide borique. En 1880, le Dr Todd conseilla de remplacer l'acide borique par le borate de soude qui est alcalin et très soluble. Il faut avouer qu'il est dangereux de laisser s'altérer des sécrétions dans la caisse ; pour éviter cela, on fera donc des injections abondantes avec de l'eau additionnée d'acide borique et d'alcool. En même temps, on pratiquera des cathétérismes de la trompe d'Eustache et des insufflations, car l'air confiné, comme l'eau stagnante, favorise le développement de la putréfaction. L'addition d'alcool à la solution d'acide borique en accroît considérablement le pouvoir antiseptique. — Ce liquide pourrait être appliqué sur les points malades de la muqueuse ; il ferait, paraît-il, disparaître des granulations ou des polypes sans d'autres modes de traitement.

L'insufflation d'acide borique sec ne répond pas tout à fait aux indications. Le borate de soude, au contraire, a, dans les mains de l'auteur, notamment chez un enfant de 8 ans, fait merveille. Cependant il ne rejette pas complètement les injections ni les instillations.

L'*iodoforme* a été beaucoup recommandé dans le traitement de l'inflammation suppurative de l'oreille moyenne, mais après quelques essais, il a été abandonné. Son odeur le rendait insupportable : elle persiste encore 4 ou 5 heures après l'insufflation.

Si la maladie était une manifestation des diathèses syphilitique, rhumatismale ou strumeuse, il faudrait instituer un traitement général. Ici, comme en ophtalmologie, le traitement interne a une importance incomparable.

Parmi les médicaments internes, le *mercure* occupe le premier rang. William Wilde dit que c'est là le remède qui apporte le plus de bénéfice et qui est le plus efficace dans les

maladies de l'oreille. On emploie soit le bi-chlorure, soit le bi-iodure de mercure. Pollak l'a trouvé utile surtout dans les cas d'inflammation de la caisse avec complication crânienne.

L'azotate d'ammoniaque, le phosphate de soude, le sulfure de calcium ont été signalés récemment, mais l'auteur ne les a pas encore assez employés pour avoir une opinion sur leur mode d'action.

Il est convaincu cependant que les toniques doivent rendre de grands services dans les maladies chroniques de l'oreille avec écoulement, et parmi eux il distingue la quinine, le fer et la strychnine.

RATTEL.

### Le salicylate de chinoline dans l'otorrhée,

par CH. BURNETT, M. D. — Communication préliminaire.

La chinoline a beaucoup de ressemblance avec la résorcine. Sa formule est  $C_6H_7N$ . Elle est le 1<sup>er</sup> terme d'une série de six alcaloïdes de composition analogue, dont chacun d'eux diffère du précédent par une addition de  $CH_2$ . Cette substance incolore, transparente, de consistance huileuse, est peu soluble dans l'eau froide, l'est davantage dans l'eau chaude et plus encore dans l'alcool et l'éther. On l'extrait du goudron de houille. C'est un antiseptique énergique. — H forme plusieurs sels et entre autres le tartrate de chinoline et le salicylate de chinoline. Tous les deux sont incolores. Le premier se présente dans la forme de cristaux fins, en aiguilles, le deuxième, d'une poudre amorphe (1).

Le salicylate de chinoline est blanc-crème, d'une odeur aromatique et peut être utilisé pour les insufflations. H désinfecte sans irriter, déterge, et guérit plus vite que la résorcine. Employé pur dans les cas d'otorrhée, il a produit de bon résultats. Bien qu'il soit encore à l'épreuve, on peut pourtant dire qu'il sera d'un emploi commode pour les insufflations. Appliqué localement sur les muqueuses, il les blanchit et, après une heure, il sèche et arrête les écoulements.

(1) Voir l'article du professeur Sadtler, dans le *Journal de pharmacie américain* de février 1882, page 68.

Ce sel, employé, pour ces essais, avait été préparé par Trommsdorf, à Erfurt; le prix de revient est de 40 centimes le gramme et demi.

RATTEL.

**Un cas d'hémorragie par l'oreille due probablement à une fracture du crâne. — Guérison, par le Dr J.-D. RUSHMORE. (*Archives of Otology*, vol. X, n° 4.)**

Il s'agit d'un homme âgé de 68 ans qui, dans la rue, est tombé à la renverse et un peu sur le côté gauche, et a perdu pendant quelques minutes du sang veineux par le conduit auditif gauche. La quantité de sang écoulée a été estimée à seize onces environ par un médecin. Les symptômes généraux qui ont accompagné l'accident et ceux qui l'ont suivi, sont ceux d'une contusion cérébrale qui, d'ordinaire, est consécutive à une fracture du crâne. Il y avait, en outre, un léger œdème au niveau de l'apophyse mastoïde gauche, et une ecchymose étroite s'étendant de cette apophyse à l'apophyse styloïde, au-dessous du conduit auditif; ce canal était enflé et douloureux, il s'en écoulait un pus épais de bonne nature. L'audition était notablement diminuée. Il n'existait pas d'épanchement de sérosité, ni aucun écoulement sanguin, sauf celui qui a été mentionné. Le gonflement du conduit auditif empêchait l'examen direct de la membrane du tympan.

Le malade guérit au bout de 70 jours environ, sauf en ce qui concerne la difficulté de l'ouïe.

Le traitement de l'oreille a consisté dans le nettoyage du conduit externe, l'application de sangsues au niveau de l'apophyse mastoïde, et des compresses chaudes à l'oléate de morphine en avant et en arrière du pavillon de l'oreille qui était hyperémié.

D'après les symptômes, l'auteur admet qu'il y avait eu fracture du crâne, et que la lésion, commençant au niveau du conduit auditif externe, se prolongeait en avant et en bas. Il croit de plus que la perte de sang a été salutaire et que c'est grâce à elle que la guérison a pu avoir lieu. CH. B.

Le Gérant : G. MASSON.

